Sexualité, couple et TCC

Volume 2. Les difficultés conjugales

Chez le même éditeur

Sexualité, couple et TCC – Volume 1. Les difficultés sexuelles, coordonné par F.-X. Poudat. Collection « Pratiques en psychothérapie », 2011, 248 pages.

La thérapie d'acceptation et d'engagement – ACT, par J.-L. Monestès, M. Villatte. Collection « Pratiques en psychothérapie », 2011, 224 pages.

Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2010, 232 pages.

Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience, par C. Berghmans. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2010, 208 pages.

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azaïs. Collection « Les âges de la vie ». 2010, 4e édition, 488 pages.

Ateliers d'écriture thérapeutiques, par N. Chidiac. Collection « Psychologie », 2010, 208 pages.

La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 188 pages.

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Vénisse. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 464 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 224 pages.

TCC chez l'enfant et l'adolescent, par L. Vera. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 352 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 2e édition, 224 pages.

Psychopathologie du sujet âgé, par G. Ferrey, G. Le Gouès. Collection « Les âges de la vie ». 2008, 6e édition, 384 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 256 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem, É. Bonvin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 4e édition, 344 pages.

Thérapie cognitive et émotions. La 3e vague, par J. Cottraux. Collection « Médecine et psychothérapie / Progrès en TCC ». 2007, 224 pages.

Manuel de sexologie, par P. Lopès, F.-X. Poudat. Collection « Pratique en gynécologie-obstétrique ». 2007, 352 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

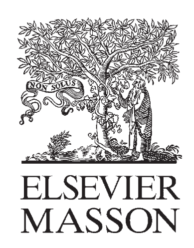
Conseiller éditorial : Dominique Servant

Sexualité, couple et TCC

Volume 2. Les difficultés conjugales

Sous la direction de François-Xavier Poudat

Madeleine Beaudry, Jean-Marie Boisvert, Noëlla Jarrousse, Alain Roussy, Gilles Trudel



ELSEVIER
MASSON



ISBN : 978-2-294-71525-9

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Auteurs

Madeleine Beaudry, Ph.D., est professeur titulaire à la retraite à l'École de service social de l'Université Laval (Québec). Elle est auteur et co-auteur de plusieurs articles scientifiques et ouvrages (*S'affirmer et communiquer*, *Psychologie du couple*, etc.).

Jean-Marie Boisvert, Ph.D., est professeur titulaire à la retraite à l'École de psychologie de l'Université Laval (Québec). Il est auteur et co-auteur de plusieurs articles scientifiques et ouvrages (*S'affirmer et communiquer*, *Psychologie du couple*, *Les Troubles anxieux*).

Noëlla Jarrousse est sage-femme, sexologue, conseillère conjugale avec formation (AEU) cognitive et comportementale. Elle exerce à l'AP-HP-Pitié-Salpêtrière en oncologie à Paris, enseigne la sexologie dans le cadre du DIU de sexologie de Nantes/Rennes, anime, pour les sages-femmes, des formations dans le cadre de la Caisse nationale d'Assurance maladie et intervient dans d'autres structures comme la Ligue nationale contre le cancer. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages dont *Les Thérapies comportementales et cognitives* (Ellebore, Paris).

François-Xavier Poudat, coordonnateur de cet ouvrage, est médecin psychiatre libéral, spécialisé en thérapie cognitive et comportementale et en thérapie sexuelle. Il est co-directeur de l'enseignement du DIU de sexologie regroupant les universités d'Angers, Brest, Caen, Nantes, Rennes, Poitiers et Tours. Dans le cadre hospitalier, il anime des groupes de restructuration cognitive et d'entraînement à l'affirmation de soi dans les pathologies addictives, notamment les dépendances affectives et les compulsions sexuelles, objets de ses recherches actuelles. Il a écrit plusieurs ouvrages, notamment *Bien vivre sa sexualité* et *La dépendance amoureuse* (Odile Jacob, Paris).

Alain Roussy, M.Ps., est psychologue et praticien en cabinet privé à Montréal depuis vingt ans.

Gilles Trudel, Ph.D., est professeur titulaire, département de psychologie, Université du Québec à Montréal. Il est chercheur au Centre de recherche Fernand Séguin de l'Hôpital Louis H. Lafontaine, Montréal, et psychologue clinicien spécialisé dans les thérapies cognitive et comportementale. Ses recherches portent sur le fonctionnement conjugal et sexuel des retraités/aînés en lien avec leur fonctionnement psychologique et particulièrement la présence de symptômes de détresse psychologique modérée ou sévère.

Introduction

Dans le cadre de ce double ouvrage collectif *Sexualité, couple et TCC*[1], nous nous sommes intéressés, dans le premier volume, aux bases théoriques, à la méthodologie générale ainsi qu'aux applications pratiques de la prise en charge des troubles sexuels. Ce second volume va aborder une thématique plus spécifiquement relationnelle et interactionnelle. Elle concernera, d'une part, l'ensemble des dysharmonies conjugales et leur traitement et, d'autre part, les retentissements sexuels, affectifs et conjugaux dans des situations spécifiques comme la vie de couple et la sexualité des aînés, les conséquences individuelles et affectives d'un trauma sexuel ou l'image du corps suite au cancer. Nous aborderons, enfin, la particularité du concept de dépendance affective, ouvrant la discussion à la définition du cadre de réflexion et aux propositions thérapeutiques.

Ce présent ouvrage est divisé en plusieurs parties : une première partie est consacrée aux dysharmonies conjugales et reprend, utilisant pour cela une lecture stratégique spécifique, les hypothèses, l'évaluation et les modes de prises en charge des difficultés conjugales. Il y est question de relire les paramètres classiques des TCC (le comportement aversif, le renforcement positif, les cognitions, les émotions, les habiletés sociales, les facteurs environnementaux) selon une double lecture cognitivo-comportementale et contextuelle. Les prises en charge seront alors autant basées sur les principes du renforcement mutuel que sur la communication constructive. Les auteurs y associeront les méthodes actuelles dites de la troisième vague comme l'acceptation ou la pleine conscience.

Une deuxième partie étudie des situations particulières actuellement rencontrées en sexologie imbriquant le couple et la sexualité, et propose des protocoles spécifiques en TCC concernant certaines nouvelles demandes de soin et de prise en charge : couple et cancer, couple et traumatisme sexuel, couple et vie sexuelle des aînés. Que nous soyons dans le cadre d'une étape normale du cycle de vie ou que nous soyons face à des événements de vie traumatiques, il sera question dans cette partie de montrer que les prises en charge passent autant par l'acceptation d'une réalité interne et contextuelle que par la mise en place d'une sexualité et d'une communication expérientielle, façonnant un « nouveau possible » plus que la quête éperdue d'un passé « passé » avec son lot d'attentes déçues et de douleurs non cicatrisées.

1. Nous utiliserons dans ce volume l'abréviation TCC pour signifier thérapies cognitivo-comportementales ou thérapies comportementales et cognitives.

Enfin, une troisième partie aborde une problématique, objet de la recherche actuelle, centrée sur le concept de dépendance comportementale : elle concerne la dépendance affective. Nous essaierons de clarifier ce concept tant au travers de la clinique actuelle que des protocoles thérapeutiques proposés.

Dans cette dernière partie, il sera question de définir le concept de dépendance affective, de l'inscrire dans une lecture théorique qui sera celle de la théorie de l'attachement avec un regard cognitivo-comportemental, de mieux comprendre les choix de conjoint dans la structuration des couples de longue durée, d'apporter une lecture clinique au sujet de concepts qui peuvent être au centre de la conduite addictive (séduction, passion, fusion, évitement) et enfin de proposer des outils thérapeutiques tant sur le plan comportemental que cognitif dont le but sera de donner au patient les moyens de passer de la dépendance à l'autonomisation et à la maturation affective.

Qu'en est-il de la méthodologie actuelle des TCC en regard des problématiques sexuelles et conjugales ? Les TCC ont évidemment évolué depuis plusieurs dizaines d'années, prenant plus progressivement en compte l'individu inscrit dans un contexte bio-psycho-social[2]. Il n'était donc plus question d'analyser une plainte sexuelle ou conjugale selon des paramètres uniquement externes (comportement visible, environnement social) : il fallait y ajouter des paramètres internes (cognitions, conséquences psychiques, modèles précoces de fonctionnement interne, émotions, réaction biologique). La totalité de ces paramètres a été inscrite dans le modèle d'analyse fonctionnelle[3] que les thérapeutes utilisent régulièrement dans les TCC et plus particulièrement en sexothérapie comportementale et en thérapie de couple. Nous n'aborderons pas ici les généralités sur l'analyse fonctionnelle que nous pouvons retrouver dans tous les ouvrages de thérapie comportementale, nous discuterons plutôt de l'intérêt qu'apporte une lecture comportementale, cognitive et émotionnelle dans l'analyse d'une plainte, qu'elle soit centrée sur le couple à proprement parlé ou sur la sexualité en interaction avec le couple. À côté des protocoles classiques d'analyse et de traitement de la plainte sexuelle ou conjugale permettant la résolution de celle-ci par suppression du symptôme, des prises en charge spécifiques aident à « consumer » le symptôme par une action indirecte sur d'autres paramètres (déficit en habileté sociale, image négative du corps, trouble de la communication, hypercontrôle émotionnel, etc.), voire même à maintenir un symptôme qui ne sera plus un problème pour le patient (acceptation).

2. Les lecteurs intéressés par les principe de méthodologie générale en sexothérapie comportementale peuvent de référer au volume 1 de cet ouvrage *Sexualité, couple et*
3. Fontaine, O., & Ylieff, M. (1981). L'analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental. *Journal de Thérapie Comportementale de Langue Française*, *III*, 119-130.

Nous sommes donc dans la redéfinition du concept de guérison qui nous amène à plutôt centrer le patient vers un changement acceptable que vers la suppression systématique du symptôme. Pour cela, des outils existent pour aider le thérapeute à créer une véritable collaboration avec le patient par la mise en place d'une alliance thérapeutique, dans le cadre d'une analyse fonctionnelle et d'un questionnement sur le problème comme sur les solutions. Il sera ainsi nécessaire que le thérapeute centre son travail sur la définition du problème, sur les attentes et sur la définition des objectifs, avant de mettre en place des stratégies que le patient et le couple construiront et utiliseront eux-mêmes.

Classiquement, deux types de stratégies de changement peuvent aider à une sexothérapie efficace à long terme : d'une part, les techniques de « mobilisation et parasitage » du symptôme (par le questionnement solutionniste, la prescription de symptômes, l'exposition, la relaxation, etc.) ; d'autre part, les techniques de renforcement des compétences du sujet et de gestion de soi (travail cognitif, affirmation de soi, renforcement des ressources et des valeurs propres, etc.). Ces deux étapes ont pour résultat l'ouverture du sujet à des changements alternatifs autoconstruits qui vont bien au-delà d'une action pragmatique sur le symptôme.

Pour en arriver à une démarche constructiviste, « relativiste », co-construite par le thérapeute et le patient, il nous faudra retenir certains concepts fondamentaux nécessaires à une analyse fonctionnelle dynamique, c'est-à-dire une analyse qui *clarifie* conjointement les attentes du thérapeute et du patient, qui *rediscute* la formulation de la plainte, qui *repositionne* le rôle du thérapeute (position basse, base sécure) et le pouvoir actif du patient sur son trouble, qui *utilise* un questionnement spécifique, qui *élabore* des objectifs de changements plutôt que de guérison, etc.

À tout moment, l'analyse fonctionnelle interrogera le thérapeute et le patient sur les liens entre la réalité externe, les représentations que le patient a de cette réalité et la place de l'observateur extérieur qu'est le thérapeute. Pour Bondolfi et Bizzini[4], « …la question de la correspondance plus ou moins adéquate entre une réalité externe unique et objective et la représentation que l'individu en fait assume un rôle central. Dans la mesure où la représentation de la situation est fidèle, le comportement et le vécu émotionnel seront adéquats. Si, au contraire, la représentation d'une situation est inadéquate (pensées, cognitions irrationnelles), le sujet sera amené à interpréter les événements extérieurs et ses états internes de façon erronée, comme dans le cas d'un trouble anxieux ou dépressif… » Cela dépendra évidemment de l'histoire du

4. Bondolfi, G., & Bizzini, V. (1998). Les apports du constructivisme en psychothérapie cognitive. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, *III*, 17-25.

développement individuel et notamment des modèles d'attachement plus ou moins sécures.

Au cours des chapitres suivants, nous montrerons que le thérapeute devra sans cesse intégrer ces nouveaux modes de lecture dans son discours et dans son questionnement pour qu'une réelle efficacité thérapeutique puisse apparaître, non pas uniquement à court terme mais aussi à long terme, gage d'un véritable changement maturant de la personne.

François-Xavier Poudat

Partie I

Les dysharmonies conjugales[1]

1. Nous tenons à remercier chaleureusement Monique Girard, Geneviève Savard et Jean-François Jarry pour leurs commentaires judicieux à une première ébauche de cette section.

Chapitre 1

Les hypothèses explicatives des difficultés conjugales

Madeleine Beaudry, Jean-Marie Boisvert, Alain Roussy

Tout au long de l'histoire de l'humanité, peintres et sculpteurs ont représenté le couple, ses histoires d'amour, ses drames et ses passions. De l'Égypte ancienne à la Grèce en passant par Rome, de la Chine à l'Afrique, de l'Europe à l'Amérique, toutes les cultures ont accordé une place importante au couple dans l'art[1]. Au XXIe siècle, la relation amoureuse revêt toujours une grande importance dans les sociétés occidentales qui en ont même fait un objet de recherche scientifique afin de percer le mystère d'une relation intime stable et satisfaisante.

Les données de plusieurs enquêtes révèlent que le bonheur est lié de façon primordiale à la satisfaction dans la vie en couple. À titre d'exemple, à la question « À quoi accordez-vous le plus d'importance dans votre vie ? », 42,9 % des Québécois interrogés répondent « à une vie sentimentale réussie », 21,6 % « à avoir du temps », 19,1 % « à ma situation d'emploi » et 10,6 % « à avoir de l'argent » (Desrosiers, 1999). De même, aux États-Unis, les jeunes adultes considèrent généralement que leur but le plus important dans la vie consiste à avoir une relation de couple satisfaisante (Roberts & Robins, 2000). Parmi un ensemble d'éléments qui peuvent contribuer à rendre heureux, tels que la satisfaction au travail, la situation financière, la vie communautaire, les activités de loisirs, la vie familiale, les amis et la santé, la satisfaction conjugale serait le facteur auquel on accorde le plus d'importance. Selon d'importants chercheurs dans le domaine de la relation

1. Voir, par exemple, le site du musée du Louvre (http://www.louvre.fr/llv/commun/home.jsp) où l'on obtient 179 résultats sur le thème « couple ».

Sexualité, couple et TCC _ Les difficultés conjugales

conjugale (Halford et al., 1997), les relations intimes représentent le cadre par excellence pour obtenir compagnie, amour, soutien, satisfaction sexuelle, engagement et bien-être personnel. Les avantages de la vie en couple comporteraient des bénéfices psychologiques (se sentir aimé, accepté, etc.) plus importants que les coûts associés (se confronter, faire des concessions, etc.). Cela explique probablement le fait que le nombre de personnes qui vivent une relation intime ne semble pas diminuer, même si on observe une diversité structurelle et une complexité relationnelle grandissante chez les couples et les familles contemporaines. Diminution des mariages légaux, augmentation des unions de fait, recompositions conjugales et familiales, unions de personnes de même sexe, tous ces phénomènes témoignent du désir persistant de vivre une relation intime satisfaisante[2], même en dehors du mariage hétérosexuel traditionnel. Par exemple, il y avait 45 350 couples de même sexe en 2006 au Canada, dont 13 685 au Québec (Statistique Canada, 2006) ; aux États-Unis, ce nombre était de 674 317 entre 2006 et 2008 (U.S. Census Bureau, 2008). Les recherches comparant ces couples avec les couples hétérosexuels quant à la satisfaction relationnelle et aux modes d'interaction trouvent régulièrement une grande similitude entre les deux types de couple (Gottman et al., 2003 ; Julien et al., 2003 ; Kurdek, 1998 ; Roisman et al., 2008). Par ailleurs, les expressions « couple hétérosexuel » et « couple de même sexe » ne captent pas toute la diversité des relations amoureuses. Elles définissent une relation uniquement en fonction du genre apparent du partenaire et ne tiennent pas compte de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle, de l'identité de genre de chacun des partenaires, de l'orientation mixte et du nombre de partenaires possible dans la relation (celui-ci étant souvent limité à deux).

La notion d'orientation sexuelle est considérée, depuis les travaux de Kinsey et al. (1948), comme une variable continue allant de l'hétérosexualité exclusive à l'homosexualité exclusive, en passant par la bisexualité complète. Elle inclut l'attirance sexuelle, l'attirance amoureuse, les comportements sexuels et l'identité sexuelle (Savin-Williams, 2009). Il se peut donc qu'un couple, quel que soit le genre des partenaires, ne se reconnaisse pas dans les catégories « hétérosexuel », « lesbien » ou « gai[3] ».

L'identité sexuelle réfère à la manière dont une personne se définit sur le continuum hérérosexuel-homosexuel et l'identité de genre réfère

2. Moss et Schwebel (1993) définissent l'intimité dans des relations amoureuses stables par « le niveau d'engagement et de proximité positive sur les plans affectif, cognitif et physique dont une personne fait l'expérience avec un partenaire ».
3. Au Québec, on écrit « gai » alors qu'en France, on écrit plutôt « gay ». De plus, le Grand Robert (version électronique) considère « gai » comme une « francisation graphique de gay » et que le mot gay « est souvent francisé en gai ».

au(x) genre(s) au(x)quel(s) une personne s'identifie intérieurement, qu'il soit vécu ouvertement ou non. Par exemple, une personne de sexe biologique masculin qui s'identifie comme femme peut entretenir une relation amoureuse avec un autre homme et cette relation sera pour lui (elle) hétérosexuelle.

On retrouverait une orientation mixte, par exemple, dans un couple formé d'une femme et d'un homme où l'un des partenaires révèle une attirance pour les personnes de son sexe. Un tiers des couples vivant cette situation se séparerait rapidement, un autre tiers tenterait des aménagements au couple, mais se séparerait après 2 ou 3 ans, et un autre tiers chercherait à redéfinir leur relation. Parmi ces derniers, la moitié parviendrait à demeurer ensemble pendant 3 ans ou plus (Buxton, 2004 ; Buxton, 2006).

Quant à l'implication de plus de deux partenaires dans le couple, cette situation serait plus fréquente chez les couples bisexuels ou masculins (Kurdek, 1988 ; Solomon et al., 2005) ; l'implication d'un autre (ou d'autres) partenaire(s) dans le couple peut aller de la simple participation à des relations sexuelles occasionnelles jusqu'à l'intégration complète dans tous les aspects de la vie commune.

En tant que chercheurs et cliniciens, nous tenons compte de ces dernières précisions dans notre conception du couple qui réfère à toute forme de relations intimes incluant ou pas une cohabitation, reconnues légalement ou non, hétérosexuelle, homosexuelle, bisexuelle ou d'orientation mixte, et pouvant impliquer plus de deux partenaires (relations poly-amoureuses).

La recherche scientifique sur les relations conjugales a pris forme au milieu du xxe siècle. En s'appuyant sur le postulat voulant que les contingences de l'environnement déterminent le comportement, quelques chercheurs américains ont marqué le début d'une ère nouvelle dans l'analyse des principaux facteurs qui contribuent à la satisfaction et à l'insatisfaction conjugale (Eisler & Hersen, 1973 ; Liberman 1970 ; Patterson, 1974 ; Stuart, 1969). Délaissant les hypothèses sur les forces intrapsychiques en vogue jusque-là, ils ont adopté la théorie de l'apprentissage social pour les guider dans leurs recherches. De nombreuses études ont alors permis de mieux comprendre les caractéristiques particulières et les processus interpersonnels en jeu chez des couples qui se disent satisfaits de leur relation par rapport à ceux qui en sont insatisfaits. La satisfaction est ici définie comme étant « *la perception qu'un individu se fait de la qualité de sa relation de couple, c'est-à-dire de ses sentiments subjectifs de bonheur, de satisfaction et de plaisir vécus dans sa relation de couple* » (Anderson et al., 1983).

---

4. Dans les trois chapitres de cette partie, le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes, sans discrimination, et dans le seul but d'alléger le texte.

Ce chapitre présente les six hypothèses explicatives des difficultés conjugales les mieux soutenues par les résultats de recherche. Celles-ci expliquent l'apparition et le maintien de ces difficultés par un faible taux de renforcement positif, un taux élevé de contrôle aversif, la non-utilisation ou le manque d'habiletés de communication, les difficultés des conjoints[4] sur le plan cognitif, les changements environnementaux et, enfin, un niveau d'activation émotionnelle négative élevé conjugué à un déficit dans la capacité de contrôler ses émotions, le tout maintenu par l'incompréhension ou les réponses invalidantes du partenaire.

Le but de ce chapitre n'est pas de faire une revue exhaustive de l'ensemble des résultats de recherche démontrant le bien-fondé de ces hypothèses. Il consiste plutôt à s'appuyer sur ces résultats et à en faire la synthèse de façon à présenter au thérapeute un cadre d'analyse des interactions conjugales à la fine pointe de l'avancement des connaissances. Une bonne compréhension des fondements théoriques permet de clarifier les éléments à retenir dans l'évaluation des relations de couple et de proposer des stratégies d'intervention thérapeutique dont la validité est appuyée théoriquement (et généralement empiriquement) pour aider les conjoints à retrouver l'harmonie conjugale.

Hypothèse I : les difficultés conjugales sont le fruit d'un faible taux de renforcement positif

L'hypothèse portant sur le faible taux de renforcement positif a été formulée à la fin des années 1960, alors que le chercheur américain Richard B. Stuart (1969) appliquait les principes opérants de B.F. Skinner à l'analyse des relations conjugales. Selon ces principes, les conséquences qui suivent le comportement d'un individu façonnent ce comportement.

Il y a renforcement quand un comportement est suivi d'une conséquence telle que ce comportement a tendance à se reproduire quand une situation semblable réapparaît. Inversement, il y a punition lorsque le comportement est suivi d'une conséquence telle que ce comportement a tendance à ne plus se reproduire (ou à diminuer sur le plan de la fréquence et de l'intensité). Ainsi, l'apprentissage est grandement influencé par les conséquences (positives ou négatives) apportées au comportement, mais aussi par leur absence ou leur retrait progressif qui entraînent la disparition progressive du comportement (extinction).

Appliqués à l'analyse des relations conjugales, les principes opérants permettent de comprendre que les comportements de chaque conjoint (comportements de renforcement, de punition ou d'extinction) jouent un rôle dans l'ensemble de la chaîne des interactions conjugales et par rapport à la satisfaction ressentie par les conjoints. Dans une interaction conjugale, le comportement de chacun agit à la fois en tant que

réponse au comportement de l'autre et en tant que stimulus discriminatif à l'endroit du comportement suivant de l'autre. Dans ce processus d'influences réciproques, chaque séquence d'interactions constitue une expérience d'apprentissage qui façonne les comportements futurs des conjoints.

Voyons un court exemple d'un dialogue entre deux conjoints illustrant l'application de ces principes et de ce que l'on entend par renforcement. Marie est au travail et, en fin d'après-midi, elle téléphone à Pierre[5] :

Marie : Bonjour mon chéri. Comment vas-tu ?

Pierre : Très bien. Et toi ?

Marie : Je termine bientôt mon travail et j'ai bien hâte d'aller manger avec toi. J'aurais le goût d'un bon steak ce soir. Qu'en penses-tu ? Est-ce que tu pourrais nous préparer ça ?

Pierre : Je ne crois pas avoir le temps de passer à la boucherie, mais je peux penser à ce qui me serait plus facile à préparer et je l'achèterai, si tu veux.

Marie : Comme tu es gentil ! Je te reconnais bien. Je t'embrasse et à bientôt.

Dans cette courte séquence d'interaction, la demande de Marie : « Peux-tu préparer le repas ? » est un comportement stimulus qui entraîne la réponse de Pierre. Ce comportement s'inscrit dans un contexte particulier marqué par l'histoire antérieure des interactions conjugales. Si Marie ose faire une telle demande, c'est probablement parce qu'elle a déjà reçu une réponse positive de la part de Pierre auparavant, c'est-à-dire qu'une telle demande a déjà été renforcée. C'est d'ailleurs ce qu'elle laisse entendre par ses paroles : « Je te reconnais bien. »

À la demande de Marie, Pierre répond négativement à une partie du contenu de la demande (manger un steak). Par ailleurs, il exprime ce qui lui convient et fait une proposition. Malgré le refus, ce comportement réponse est probablement un *renforçateur* puisqu'il a sans doute pour effet d'encourager Marie à reproduire le comportement « formuler une demande » une prochaine fois. Ce renforçateur est dit « positif » parce qu'il y a ajout d'un stimulus positif ou conséquence positive.

Par ailleurs, la réponse de Marie « Comme tu es gentil » est aussi une conséquence qui encourage Pierre à répondre favorablement à ses demandes ; c'est un *renforçateur positif*. Dans cette chaîne de comportements, chacun exerce une influence sur l'autre en même temps qu'il est influencé par lui. Ainsi, entre Pierre et Marie se construit une histoire d'apprentissage toute particulière.

---

5. Cette partie étant écrite par des auteurs québécois, certaines locutions sont légèrement différentes de celles employées en Fance (*note de l'éditeur*).

En somme, le comportement d'un conjoint est fonction des conséquences apportées à ce comportement par l'environnement immédiat et, surtout, par le partenaire. La relation conjugale est vue comme un processus circulaire où chaque conjoint influence l'autre en même temps qu'il est influencé par lui, et les types de comportements réponses utilisés par les conjoints influencent la satisfaction conjugale.

Synthèse des résultats de recherches

Dans un premier temps, Gottman (1994) observe qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les couples satisfaits et insatisfaits en ce qui a trait à la réciprocité[6] dans les échanges positifs. Qu'ils soient satisfaits ou insatisfaits, les couples réagissent tout aussi positivement à un comportement agréable du partenaire. Comme nous le verrons plus loin, la différence apparaîtra au niveau de la réciprocité dans les échanges négatifs.

Par ailleurs, dans les deux groupes de couples, la réciprocité est moins immédiate sur le plan des émotions et des comportements positifs que sur le plan des émotions et des comportements négatifs. En d'autres termes, chez tous les couples, quand l'un des conjoints agit d'une façon agréable, l'autre ne réagit pas nécessairement tout de suite de la même façon, alors qu'il le fait davantage face à une action désagréable. Chez tous les couples, il y a apparition de cycles d'émotions négatives (tristesse, colère, déception, etc.). C'est donc dire que tous les couples vivent des périodes difficiles. Cependant, ces cycles sont plus nombreux chez les couples insatisfaits. De façon surprenante, soutient Gottman (1994), c'est l'absence d'émotions positives et non la présence d'émotions négatives qui prédit le divorce. Les émotions positives dans les interactions quotidiennes sont particulièrement importantes, car ce sont elles qui prédisent la stabilité de l'union des couples satisfaits.

Ces dernières recherches fournissent des informations importantes pour les cliniciens : quel que soit leur niveau de satisfaction, la plupart des couples sont particulièrement prompts à réagir aux comportements *négatifs*, ce qui multiplie les occasions de vivre des périodes désagréables et même douloureuses. Toutefois, ce qui est le plus néfaste pour les relations de couple, ce n'est pas le fait de vivre de temps à autre des émotions négatives, mais plutôt le fait de *ne pas ressentir d'émotions positives* envers son partenaire.

En d'autres mots, on n'y échappera pas : l'attachement, l'amour et même l'admiration mutuelle constituent le ciment de la relation de couple. Et à cet égard, la thérapie de couple n'y peut rien : s'il n'y a aucune

6. Le concept de réciprocité se définit par la tendance pour deux personnes ou groupes de personnes à renforcer ou à punir l'autre selon les actions de l'autre envers soi.

émotion positive entre les conjoints, il y a, à notre avis, très peu de chances que la thérapie de couple puisse en susciter.

Sur les plans verbal et non verbal, les couples insatisfaits présentent un taux plus faible de comportements jugés agréables par le conjoint et un taux plus élevé de comportements jugés désagréables que les couples satisfaits. Par exemple, comme on pouvait s'y attendre, ils font moins d'activités récréatives ensemble et ils se querellent plus fréquemment (Jacobson et al., 1982). De plus, ils sont plus bouleversés par les actions négatives de l'autre que les conjoints satisfaits et leur satisfaction quotidienne varie en fonction du nombre d'interactions déplaisantes. Elle augmente quand les événements désagréables diminuent. Par exemple, Catherine affirme que ça va beaucoup mieux depuis une semaine parce que Samuel a diminué ses sarcasmes. Au contraire, chez les couples satisfaits, la satisfaction augmente lorsque les événements agréables sont plus nombreux (Jacobson et al., 1980).

Par ailleurs, les couples insatisfaits réagissent plus que les couples satisfaits aux événements récents, que ces événements soient positifs ou négatifs (Jacobson et al., 1982). Un des avantages de cette réactivité sera qu'un petit changement positif provoqué par une intervention adéquate donnera beaucoup d'espoir aux couples en difficulté. On le voit souvent en thérapie de couple et quel plaisir pour le thérapeute de voir des conjoints quitter son bureau en s'adressant mutuellement un sourire !

Implications pour l'évaluation et l'intervention

Une bonne compréhension de l'hypothèse voulant que les difficultés conjugales soient le fruit d'un faible taux de renforcement positif contribuera à ce que le clinicien porte attention à des aspects particuliers de l'évaluation, tels que les comportements positifs perçus par chacun des partenaires et la manière dont chacun y réagit. Il arrive souvent que les conjoints en détresse soient si envahis par les comportements négatifs de l'autre qu'ils n'arrivent plus à reconnaître et à apprécier ses côtés positifs. Ils n'arrivent plus à « être bien ensemble », à se renforcer mutuellement, à s'apprécier et à vivre des moments agréables. L'évaluation permettra de clarifier ce que chaque conjoint apprécie chez l'autre, mais aussi ce qu'il est disposé à effectuer pour susciter des émotions positives chez son partenaire. Cette hypothèse a favorisé l'émergence de procédures d'intervention pour favoriser l'utilisation du renforcement positif.

Hypothèse II : les difficultés conjugales sont le fruit d'un taux élevé de contrôle aversif

La première hypothèse expliquant les difficultés conjugales par un faible taux de renforcement positif a rapidement été complétée par le facteur

« contrôle aversif ». Dès 1973, Weiss et al. montraient que l'utilisation du contrôle aversif (blâmes, reproches, menaces, ordres) pour modifier les comportements du partenaire provoquait le retrait de ce dernier et la diminution du taux de renforcement mutuel.

Revenons à notre premier exemple de dialogue entre Marie et Pierre, avant de rentrer à la maison en fin de journée. Pierre aurait pu répondre différemment à la demande de Marie en lui disant d'un ton sarcastique : « Je suis très occupé au bureau. Je ne comprends pas comment tu peux me faire une telle demande alors que tu sais très bien que je vis beaucoup de stress au travail ces temps-ci. »

Alors, la réponse de Marie aurait certainement été bien différente. Elle aurait pu lui dire : « Bon, n'exagère pas. Je vais essayer de m'organiser toute seule, comme d'habitude. »

Et Pierre de répondre : « Écoute, tu n'es plus une enfant. Estime-toi chanceuse de ne pas avoir un travail stressant comme le mien. »

Marie : « À plus tard. »

Ici, la réponse de Pierre et le climat de tension qui se dégage de leur dialogue n'encourageront pas Marie à refaire une telle demande à l'avenir. Même si une partie du comportement verbal est semblable à celui du premier dialogue (« Je suis très occupé au bureau »), le ton sarcastique employé et la tentative de culpabilisation de l'autre créent un tout autre effet. Ce comportement réponse est un stimulus aversif qui aura probablement comme effet de diminuer la probabilité d'apparition du comportement de Marie « exprimer ses demandes ».

Comme le soulignent Christensen et al. (1995), un conjoint coercitif obtient un renforcement positif lorsque son partenaire cède à sa demande, tandis que celui qui cède obtient un renforcement négatif[7] parce que le comportement aversif s'arrête une fois qu'il a répondu à la demande. Dans cette situation, les conjoints reçoivent tous les deux un renforcement ; en conséquence, on peut s'attendre à ce qu'ils s'engagent de plus en plus dans ce type d'interaction.

Synthèse des résultats de recherches

Par rapport aux couples satisfaits, les couples insatisfaits utilisent plus souvent le contrôle aversif pour tenter de contrôler le comportement du partenaire et obtenir son acquiescement. En d'autres termes, ils sont plus fréquemment coercitifs en usant de menaces, de violence, de passivité, etc. On observe qu'ils recourent davantage aux pleurs, à des tentatives de culpabilisation, au retrait et au refus. De plus, comparés aux couples satisfaits, ils répondent davantage au contrôle aversif par un

7. Renforcement *négatif* : tout événement ou comportement dont la *suppression* augmente la probabilité d'émission du comportement.

comportement du même type. Par exemple, ils répondent à une insulte par une insulte. Si, à court terme, la coercition semble régler momentanément la difficulté, elle engendre le plus souvent des sentiments de colère, des comportements de résistance et du retrait. En somme, comme le souligne Fruzzetti (2008), les partenaires insatisfaits restent souvent tendus, à l'affût de la moindre anicroche qui déclenchera le prochain conflit ; ils ne sont pas vraiment bien ensemble.

Implications pour l'évaluation et l'intervention

L'évaluation devrait permettre de comprendre ce qui, pour ce couple en particulier, crée un obstacle à la satisfaction conjugale. À cet égard, le thérapeute identifie comment et à quelle fréquence les conjoints utilisent le contrôle aversif pour changer le comportement de l'autre, comment chacun est affecté par le comportement négatif de son partenaire et jusqu'à quel point il réagit en utilisant le même type de comportement. Tenant compte de ces difficultés, il pourra proposer d'axer l'intervention sur l'apprentissage de nouveaux comportements, surtout ceux reliés à l'affirmation de soi, à la communication et à la résolution de problèmes. Nous présenterons ces procédures dans le chapitre sur l'intervention.

Hypothèse III : les difficultés conjugales s'expliquent par la non-utilisation ou le manque d'habiletés de communication

Une bonne communication implique la maîtrise des habiletés d'émetteur et de récepteur (Boisvert & Beaudry, 1979). Le bon émetteur doit clarifier ses intentions en exprimant le plus clairement possible ce qu'il pense, veut ou ressent, tant sur le plan verbal que non verbal. De son côté, le bon récepteur essaie de saisir le plus fidèlement possible l'intention de l'émetteur, sans trop colorer le message par ses propres biais.

L'écoute est un des plus importants comportements de communication pour établir une relation intime satisfaisante. Celui qui écoute bien s'assure qu'il a compris le message ; il fait un court résumé de ce qu'il a compris et vérifie si cela correspond bien à ce que l'autre a dit : « Si j'ai bien compris, tu as dit que… » Cette vérification est particulièrement importante quand les conjoints abordent des sujets « chauds ». Chacun peut alors être occupé à défendre son point de vue ou à préparer une contre-attaque ou encore être convaincu que l'autre n'a pas raison, de sorte qu'il ne réalise pas l'importance de vérifier s'il a bien compris ce que l'autre a dit ou si l'autre pense ou ressent ce qu'il croit qu'il pense ou ressent.

Les comportements d'écoute sont parmi les plus grands renforçateurs que les conjoints peuvent se donner l'un à l'autre en même temps qu'un prérequis essentiel à leur intimité (Jacobson & Margolin, 1979). Il arrive à tout être humain d'avoir besoin d'exprimer ses sentiments négatifs ou tout simplement de vouloir parler de lui-même de façon générale. Il peut alors avoir besoin de soutien, d'acceptation et de compréhension que peut lui apporter son partenaire par une écoute attentive et empathique. Il s'agit pour ce dernier de « se mettre dans la peau de l'autre » pour tenter de le comprendre. Ce n'est donc pas le moment de lui donner rapidement des conseils ou de chercher une solution à son problème. À ce propos, Weiss (1978) a souligné à quel point il est important de ne pas s'acharner à faire de la résolution de problèmes lorsque l'autre désire tout simplement être écouté.

Considérons un exemple :

Denise : Je me sens triste que mon père soit malade, j'aimerais pouvoir faire plus pour lui.

Lysianne : Tu en fais déjà assez, je trouve.

Denise : Oui, mais je me sens triste quand même.

Lysianne : Arrête de t'en faire avec ça, tu n'y peux rien.

Denise : Hum.

Lysianne : Change-toi les idées, sors. Tiens, allons à la campagne en fin de semaine, ça te fera du bien.

Denise : Peut-être *[peu convaincue]*.

Dans cette interaction, il n'y a ni critique ni contrôle aversif. Cependant, il y a une forte probabilité que Denise ne se sente pas écoutée malgré l'intention qu'a Lysianne de l'aider. Elle souhaite simplement parler de sa tristesse alors que Lysianne n'est pas en mode « écoute », mais plutôt à la recherche de solutions ; peut-être se sent-elle mal à l'aise face à la tristesse de Denise ?

Une interaction illustrant le mode d'écoute (plutôt que de recherche de solutions) pourrait ressembler à ceci :

Denise : Je me sens triste que mon père soit malade, j'aimerais pouvoir faire plus pour lui.

Lysianne : Oui, j'ai remarqué que tu t'en es beaucoup occupé ces derniers temps. Ça me bouleverse de te voir si triste.

Denise : Ne t'inquiète pas pour moi, ça va aller, j'ai juste besoin de le dire.

Lysianne : Est-ce que je peux faire quelque chose pour t'aider ?

Denise : Non, pas pour l'instant, mais je te remercie de le proposer.

Dans un couple, l'habileté à communiquer de manière adéquate est cruciale. C'est d'ailleurs le facteur qui a le plus de poids dans la distinction entre les relations conjugales satisfaisantes et celles qui sont insatisfaisantes. Selon La Taillade et Jacobson (1995), savoir communiquer joue un rôle à différents niveaux dans la vie de couple, par exemple en

ce qui a trait à la sexualité, à l'éducation des enfants et aux arrangements matériels. Si cette habileté n'est pas essentielle dans les premiers temps d'une relation, elle compte de plus en plus au fur et à mesure du développement de la relation. Ainsi, les écrits de Falke et Larson (2007), portant sur les couples qui recomposent une famille, concluent en affirmant que l'atteinte de consensus conjugaux dans des domaines cruciaux, notamment pour les enjeux entourant la discipline et les règles familiales, le partage des ressources financières et matérielles et les rôles parentaux, est particulièrement importante pour parvenir à une relation de couple satisfaisante.

Synthèse des résultats de recherches

En comparant les couples satisfaits et insatisfaits, l'analyse de la communication révèle que les couples *insatisfaits* expriment beaucoup plus leurs sentiments négatifs (tristesse, peur, plainte, colère, mépris, domination, attitude défensive, retrait) que leurs sentiments positifs (intérêt, approbation, affection, humour, écoute, joie, etc.), même si tous les couples vivent des moments plus difficiles et ressentent des émotions négatives. Par ailleurs, les résultats de recherches portant sur l'observation des comportements de communication chez les couples satisfaits et insatisfaits (Gottman, 1994 ; Gottman, 1999) rappellent l'importance de l'écoute, surtout pendant que les conjoints tentent de résoudre un problème.

Certains couples prennent parfois le pari d'ignorer les problèmes ; ils espèrent que le temps arrangera les choses. Cette attitude ne peut qu'augmenter l'insatisfaction initiale (La Taillade and Jacobson, 1995). Mais, parmi les couples qui choisissent de parler de leurs problèmes, tous ne le font pas d'une manière efficace. Selon Gottman et al. (1977), quand les conjoints *insatisfaits* discutent pour tenter de résoudre un problème, ils reformulent la même plainte à plusieurs reprises, critiquent l'autre et acceptent plus rarement son point de vue, comparativement aux couples satisfaits. Ils semblent avoir aussi un moins grand répertoire de réponses aux remarques négatives de leur partenaire que les couples satisfaits. Ne sachant pas comment répondre aux critiques, ils favorisent alors l'escalade des conflits (Markman, 1984 ; Revenstorf et al., 1980).

Les partenaires insatisfaits empruntent un pattern de communication verbale qui s'enchaîne très souvent comme ceci :
A présente une plainte, B répond par une plainte.
A attaque, B répond par une contre-attaque.
A se défend, B présente une autre plainte.
A se plaint, B se défend.

Un tel pattern de discussion les conduit irrésistiblement à perdre de vue le problème qu'ils veulent résoudre. Leurs échanges dérivent

rapidement et ils font de la métacommunication (c'est-à-dire de la communication portant sur leur façon de communiquer) plutôt que de s'en tenir au sujet initial. En voici un exemple :
Sophie : Je sais que tu penses ceci.
Yvan : Non, j'ai voulu dire cela.
Sophie : Me prends-tu pour une idiote ? J'ai bien remarqué le ton de ta voix et je ne suis pas sourde.
Yvan : Et qu'est-ce que ça peut te faire ?

À l'inverse, les partenaires *satisfaits* répondent aux remarques négatives avec des commentaires plus constructifs et leurs discussions portent davantage sur la résolution des problèmes. Ainsi, au début de leur conversation, ils reconnaissent le point de vue de l'autre (ce que l'on appelle la « validation ») ou répondent par une remarque réconfortante. En voici un exemple :
Paul : J'ai invité mes parents à souper ce soir.
Manon : Et tu ne m'en as pas parlé avant. C'est incroyable ! Est-ce que j'ai le droit de dire mon opinion dans cette maison ?
Paul : Bien sûr ; je me suis sans doute engagé un peu trop rapidement. Je ne t'ai pas consultée et je constate que tu ne te sens pas respectée *[validation : il reconnaît que le point de vue et le sentiment de Marie sont valables, même s'il ne partage pas ce point de vue ou n'est pas nécessairement d'accord avec Marie]*. Mais, vois-tu, je sentais que mon père voulait me parler et je n'ai pas osé lui dire que je ne t'avais pas encore consultée *[il explique son point de vue]*.

On note également que les conjoints satisfaits terminent la discussion par un accord ou par un contrat implicite, tandis que les conjoints insatisfaits ont de la difficulté à atteindre cette étape (Margolin & Wampold, 1981).

Donnant suite à ces recherches, Gottman et al. (2002) font l'hypothèse que tous les comportements négatifs ne sont pas aussi dommageables pour la relation. Leurs résultats permettent d'identifier les quatre comportements qui, présentés en cascade, contribuent le plus à accroître la probabilité de dissolution de l'union ; ils les surnomment les « Quatre cavaliers de l'Apocalypse », personnages bibliques qui annoncent la fin du monde. Ce sont :

• la *critique :* on parle ici de critique négative, de jugement sévère porté sur l'autre ;
• le *mépris* : expression visant à montrer que l'autre n'a pas de valeur ou ne mérite pas que l'on y porte attention ;
• l'*adoption d'une attitude défensive* : un conjoint a toujours l'impression que l'autre l'agresse ; il réagit en adoptant un comportement de défense, est toujours sur le qui-vive, se centre sur la défense de ses droits et de la valeur de son point de vue plutôt que d'essayer de comprendre le point de vue de l'autre ;

• l'*évasion* et le *retrait* : s'esquiver, éviter de s'impliquer, fuir le dialogue avec l'autre, garder le silence.

Sur le plan de la communication, il y a lieu aussi de rappeler l'importance des recherches portant sur les patterns de résolution de conflits, dans lesquels les couples s'engagent, dans le but de résoudre leurs désaccords. Un exemple de ces patterns (ou patrons) de comportement est celui que Christensen (1987) nomme *pattern demande-retrait*. Chez les couples insatisfaits, les femmes font généralement plus de critiques et de demandes que les hommes alors que ces derniers ont davantage tendance à ne pas écouter, à donner des réponses évasives, à éviter la discussion et à se retirer de l'interaction. Notons que chez les couples de même sexe, ce pattern existe aussi, mais il ne peut être distingué en fonction du genre.

Afin de mieux comprendre les causes de ces patterns de comportement, Gottman et al. (1998) analysent la nature des problèmes dont les conjoints discutent le plus souvent lorsqu'on leur demande de résoudre des problèmes. Selon les chercheurs, les couples tentent de résoudre deux types de problèmes : ceux qui sont solubles et ceux pour lesquels il n'y a pas de solution. Les observations en laboratoire indiquent que seulement 31 % des discussions portent sur les problèmes que les chercheurs classent comme solubles ; 69 % des discussions portent donc sur des problèmes insolubles. Ils les qualifient de « problèmes perpétuels », car les thèmes dont les conjoints discutent portent à répétition sur les mêmes sujets. Ils remarquent que les thèmes de discorde ont trait à des sujets souvent anodins (par exemple, doit-on prendre plus ou moins de vacances ? un conjoint travaille-t-il trop ? doit-on rénover la cuisine ?), mais font ressortir des différences importantes entre les conjoints.

En ce qui a trait aux comportements adoptés par les conjoints dans la résolution des problèmes solubles, l'analyse révèle quatre composantes efficaces dans le processus de discussion :

- un début de discussion en douceur ;
- l'acceptation de l'influence de l'autre ;
- les tentatives de réparation et de désescalade ;
- le compromis.

Dans ce processus, le partage des émotions positives entre les conjoints (expression de la bonne humeur malgré les conflits, utilisation de l'humour, etc.) contribue à ce que les conjoints puissent ralentir le rythme des échanges et faire cesser l'escalade ; il est associé à l'apaisement physiologique (de soi et du partenaire), ingrédient actif dans la résolution des deux types de résolution de problèmes. En ce qui a trait aux problèmes insolubles ou perpétuels, les chercheurs (Gottman et al., 1998) découvrent que ce qui prédit la stabilité de la relation, ce n'est pas que les conjoints réussissent à résoudre ce type de problèmes, mais plutôt qu'ils ressentent une émotion positive, de l'empathie, de

la compassion envers l'autre pendant qu'ils travaillent à résoudre ce problème.

En résumé, plusieurs chercheurs s'entendent pour dire que ce qui distingue une relation conjugale satisfaisante d'une relation non satisfaisante, ce n'est pas tant la nature des conflits, mais bien les habiletés et les stratégies employées pour résoudre ces conflits (Baucom & Epstein, 1990 ; Hahlweg et al., 1988 ; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1991). Cette différence s'observe également chez les couples qui vivent dans une famille recomposée (Beaudry et al., 2005). Dans ces familles, la longévité de la relation conjugale tient davantage à la manière dont les répondants réagissent aux problèmes qu'à la nature, au nombre ou à l'intensité des difficultés. De plus, Markman (1979) a montré que, chez de jeunes couples en première union, les habiletés de communication contribuent à prédire la satisfaction conjugale à long terme. Dans notre recherche auprès de couples en famille recomposée (Beaudry et al., 2004), nous avons obtenu des résultats semblables à ceux de Markman.

Implications pour l'évaluation et l'intervention

Toutes ces recherches montrent à quel point il est important d'évaluer les habiletés de communication et de résolution de problèmes des conjoints pour favoriser une plus grande satisfaction dans les interactions conjugales. Faire ressortir les points forts et suggérer des stratégies pour pallier les points faibles constitue un choix judicieux pour susciter l'engagement des couples dans un processus de changement. Ces recherches sur la communication constituent une base importante de l'intervention. Lorsqu'on fait de l'entraînement à la communication, on cherche à accroître les comportements positifs (c'est-à-dire description neutre ou positive du problème, expression de son consentement ou de son accord, utilisation de l'humour) et à diminuer les comportements négatifs (c'est-à-dire faire des demandes plutôt que de se plaindre, faire des critiques constructives, arrêter de se défendre et écouter, voire s'affirmer et communiquer !).

Hypothèse IV : les difficultés conjugales sont reliées à des cognitions dysfonctionnelles

Le modèle du conditionnement opérant postule que le comportement d'un conjoint est fonction des conséquences apportées à ce comportement par l'environnement immédiat, dont le partenaire est l'élément central. À ce modèle, les théories cognitives ajoutent l'hypothèse selon laquelle les processus cognitifs, c'est-à-dire la façon dont un individu acquiert et traite l'information, jouent aussi un rôle important. Le mot

« cognition » réfère ici à l'activité intellectuelle comprenant les pensées, la mémoire, les attentes, les perceptions, etc.

Dans leurs premiers écrits sur la thérapie de couple, les thérapeutes comportementalistes (Stuart, 1969 ; Weiss et al., 1973) soulignaient que la façon dont un conjoint perçoit le comportement de son partenaire peut être une source de problèmes. Il leur apparaissait alors important d'aider ces conjoints à reformuler les idées et les émotions qu'ils attribuent à leur partenaire. De plus, en insistant pour que la satisfaction dans le couple soit un des buts de la thérapie, ils donnaient une grande importance aux facteurs cognitifs dans la relation. Cependant, les théories cognitives ne commencèrent à s'articuler que quelques années plus tard, avec des chercheurs et des théoriciens comme Beck, Ellis, Meichenbaum et Mahoney.

Selon Beck (1976), les idées et croyances d'une personne influencent sa façon d'évaluer un événement et, en retour, cette évaluation influence les émotions et le comportement de la personne. De la même façon, les croyances irrationnelles à propos du comportement personnel et interpersonnel jouent un rôle important dans les difficultés personnelles et conjugales.

Les pensées, les attentes et les perceptions peuvent être considérées comme des comportements, même si elles sont plus difficiles à mesurer ou à observer qu'un comportement externe. De plus, ces cognitions s'intègrent à des chaînes de comportements. Par exemple, lors d'une réunion familiale, Nicolas dit sèchement à Élise : « Tu ne devrais pas servir le repas maintenant. » Élise réagit aussitôt et se dit intérieurement : « Il ne me respecte pas. Mon idée est aussi bonne que la sienne. Je n'accepterai jamais d'être traitée de cette manière. » Elle est en colère et répond : « Tu ne remarques pas que les invités ont faim ? Je servirai le repas quand je le voudrai. » Cette réponse entraîne alors chez Nicolas des pensées et des sentiments qui influenceront son comportement. Pour comprendre les problèmes de couple, il devient donc très important d'identifier les cognitions de chacun des conjoints, car elles peuvent influencer leur façon d'agir.

La théorie de l'attribution (Baucom, 1987 ; Thompson & Snyder, 1986), une autre théorie cognitive, est aussi venue alimenter la recherche sur les relations de couple. Selon cette théorie, chaque personne considère que les événements qui se produisent dans sa vie peuvent être causés par des facteurs : (*i*) internes ou externes, c'est-à-dire dus à quelque chose qui dépend de soi ou non ; (*ii*) stables ou instables, c'est-à-dire qui persisteront ou qui changeront ; et (*iii*) globaux ou spécifiques, c'est-à-dire qui affecteront plusieurs aspects ou quelques aspects limités de sa vie. Selon le type d'attributions d'une personne, son comportement sera différent, de même que sa capacité de le modifier. Ainsi, dans un couple, la relation serait touchée par le fait que les conjoints attribuent

à l'autre de bonnes ou de mauvaises intentions, se sentent responsables ou non du changement à apporter et croient que la relation peut ou non s'améliorer.

Pour Baucom et Epstein (1990), cinq types de cognitions jouent un rôle dans les interactions maritales : (*i*) les présomptions (supposition, opinion fondée sur des indices et non sur des preuves) sur la nature des conjoints et de la relation ; (*ii*) les croyances ou les standards portant sur comment les conjoints et la relation « devraient » être ; (*iii*) les attributions se rapportant aux événements positifs et négatifs de la relation ; (*iv*) les attentes concernant les probabilités d'événements futurs ; et (*v*) les perceptions (attention sélective en particulier) de l'information disponible dans les interactions avec un partenaire. L'étude de ces variables cognitives a révélé des informations pertinentes sur les différences entre les couples satisfaits et les couples insatisfaits de leur relation.

Synthèse des résultats de recherches

La recherche de Notarius et al. (1981) a été une des premières à montrer que les attentes discriminent les couples satisfaits des couples insatisfaits. Selon leurs résultats, les hommes des couples insatisfaits s'attendent trois fois plus souvent que les hommes des couples satisfaits à ce que leurs femmes réagissent négativement à leurs messages alors qu'en fait, les femmes ne reçoivent pas leurs messages aussi négativement qu'ils le pensent. Par ailleurs, chez les couples satisfaits, les hommes considèrent que leur femme reçoit leurs messages légèrement plus positivement qu'elle ne le fait en réalité.

D'autres données montrent qu'il existe des interactions complexes entre les croyances, les attributions, les attentes, les patterns de communication et la satisfaction maritale (Bradbury & Fincham, 1990 ; Fletcher & Thomas, 2000). Ainsi, plus les conjoints attribuent les causes de leurs difficultés à leur propre comportement plutôt qu'à des facteurs externes, plus ils sont optimistes par rapport aux possibilités d'amélioration et de changement dans leur relation. En revanche, plus ils croient que leurs problèmes sont dus à la personnalité du partenaire, plus ils sont pessimistes quant aux possibilités d'amélioration de leurs interactions. De plus, quand les conjoints croient que les désaccords sont néfastes pour la relation et qu'ils attribuent des intentions malicieuses à l'autre, ils rapportent davantage de difficultés de communication, et plus ils rapportent de problèmes dans leur communication, moins ils s'attendent à ce qu'il y ait de l'amélioration dans leur relation. Par ailleurs, plus ils attribuent un manque d'amour à leur conjoint, plus ils sont insatisfaits de leur mariage ; enfin, plus ils sont insatisfaits de leur mariage, plus ils se disent déprimés.

D'autres résultats de recherches vont dans le même sens et montrent que les couples en difficulté se différencient des autres couples par la façon dont ils s'expliquent ou interprètent le comportement de leur partenaire. Selon Baucom et al. (1995), les couples malheureux ont tendance à sous-estimer d'au moins la moitié le nombre d'événements agréables qui se présentent dans leur relation. Ils ont une tendance marquée à discréditer le comportement positif de leur conjoint en attribuant la cause à des circonstances extérieures ou à l'état de leur conjoint. Par exemple, Eugène apporte des fleurs à Odile. Celle-ci ne considère pas qu'il s'agisse d'un geste affectueux, car elle croit qu'il se sent coupable et veut se faire pardonner sa colère de la veille. Même quand cette action a un effet bénéfique (Odile est tout de même contente), le conjoint insatisfait croit que son partenaire a agi avec une autre intention (elle croit que son geste n'avait pas pour but de lui faire plaisir, mais de se faire pardonner) ou à cause de circonstances particulières (il a dû vouloir impressionner la jeune vendeuse) et qu'il est peu probable qu'il agisse de la même façon à l'avenir.

En revanche, quand il s'agit d'un comportement négatif (Fabien fait une colère), le conjoint insatisfait (Rémi) en attribue la cause aux traits de personnalité de son partenaire (« C'est un impulsif, il ressemble à son père ») et croit qu'il a agi volontairement. Rémi considère que cette façon d'agir se produit souvent et risque fort de se reproduire dans le futur (puisqu'il est « comme ça », il agit « toujours » de la sorte). À cause de ces attributions, Rémi minimise l'impact des comportements positifs et accentue l'impact des comportements négatifs de Fabien, ce qui ne peut que contribuer à maintenir ses insatisfactions. En somme, il semble porter une attention sélective aux événements négatifs ; par exemple, il remarque toutes les erreurs de l'autre et il oublie ses bonnes actions, ou encore il définit les problèmes du couple d'une façon globale et il les attribue à l'attitude négative du partenaire à son égard.

Les couples satisfaits présentent des patterns d'attribution tout à fait contraires. Ils donnent au conjoint le maximum de crédit pour ses comportements positifs et font le contraire face à ses comportements négatifs (Fincham et al., 1987 ; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985). En somme, les conjoints *insatisfaits* portent *attention* aux événements négatifs en en *attribuant* la cause à l'autre. Par la suite, ils intègrent cette relation causale en appréhendant négativement les nouveaux événements à venir (*attentes*). Ils en viennent alors à juger négativement leur relation (*supposition*) du simple fait qu'elle ne correspond pas à leur idéal relationnel (*standards*). Dans le développement de l'insatisfaction conjugale, ces facteurs cognitifs ont probablement autant d'importance que les comportements externes.

Implications pour l'évaluation et l'intervention

Le thérapeute avisé comprendra qu'il est essentiel qu'il saisisse bien le point de vue de chaque conjoint, tout en percevant avec sensibilité et intelligence comment les cognitions de chacun jouent un rôle dans les interactions. Il n'a pas à juger qui dit vrai ou qui a raison, mais à comprendre le rôle des cognitions dans l'insatisfaction conjugale vécue par le couple particulier qui le consulte. Comme le soutiennent Fincham et al. (1990), les principales fonctions des cognitions dans les relations de couple sont d'aider à comprendre les événements passés et les événements présents, à prédire les comportements futurs de l'autre et à guider ses propres comportements futurs. Notons que si les cognitions surviennent pendant les interactions conjugales, elles apparaissent aussi entre les interactions. Par exemple, après une situation de conflit, un conjoint peut essayer de comprendre les causes du conflit actuel en se rappelant comment se sont produits de tels conflits par le passé.

Hypothèse V : les difficultés conjugales sont liées à des changements environnementaux

L'hypothèse voulant que les difficultés conjugales soient reliées aux changements environnementaux découle directement du postulat de base du comportementalisme selon lequel les contingences de l'environnement déterminent le comportement. Dans les études sur les facteurs explicatifs des difficultés conjugales, la recherche s'est développée en examinant principalement les processus interpersonnels reliés à la qualité de la relation conjugale. Ainsi, parmi les contingences de l'environnement susceptibles d'affecter le comportement des conjoints, ce sont les comportements du partenaire qui ont été les plus étudiés (les hypothèses précédentes ont abordé ce sujet). Pourtant, les contingences environnementales réfèrent à un contexte plus large. Comme nous le mentionnions dans la partie portant sur la lecture troisième vague (voir le volume 1, Chapitre 3, « Lecture troisième vague »), le *contexte* d'un comportement donné se réfère à une combinaison de facteurs tels que les événements internes (cognitions et émotions), les prédispositions biologiques, l'histoire d'apprentissage et les circonstances de la vie. Le contexte *conjugal* renvoie donc aux interactions entre l'ensemble des dimensions du contexte personnel de chaque conjoint de même qu'à leur histoire d'apprentissage en tant que couple évoluant dans un contexte culturel, historique et politique donné.

Synthèse des résultats de recherches

Il existe un grand nombre de recherches démontrant l'influence de différents changements environnementaux sur la vie conjugale : contexte

économique, conditions de travail, pressions sociales, mobilité géographique, venue des enfants, recomposition familiale, familles élargies, maladies, etc. (Cole & Reiss, 1993 ; Jones & Chao, 1997 ; Revenson et al., 2005 ; Schmaling & Sher, 2000 ; Thompson, 1997). Il serait trop long d'en faire ici un relevé complet, mais en voici quand même un exemple. Dans une de nos recherches récentes visant à préciser la nature et l'ampleur des principales difficultés éprouvées par les couples de familles recomposées, nous avons trouvé que, indépendamment du sexe du sujet, l'exercice des rôles parentaux se révèle la source des principales difficultés vécues par les couples en famille recomposée (Beaudry et al., 2005). Vivre avec des enfants ayant une culture familiale, des valeurs et des styles de vie différents représente un défi majeur pour tous les conjoints interrogés. Exercer la discipline auprès des enfants du conjoint, faire face aux critiques du conjoint concernant la manière d'agir avec son enfant, faire face aux disputes entre ses enfants et son conjoint ou sa conjointe, composer avec la présence de l'ex-conjoint dans l'éducation des enfants comptent parmi les conditions environnementales qui provoquent le plus de difficultés et qui sont le plus fréquemment rapportés par les parents et les beaux-parents.

Implications pour l'évaluation et l'intervention

Même si le postulat de base voulant que les contingences de l'environnement déterminent le comportement est largement reconnu chez les comportementalistes, il arrive encore que des cliniciens continuent d'attribuer les problèmes conjugaux aux seules difficultés personnelles de chacun des conjoints. Pourtant, l'examen des conditions environnementales (par exemple, la naissance d'un enfant, la maladie mentale ou physique d'un conjoint ou d'un enfant, la perte d'un emploi, etc.) permettrait de comprendre comment des changements dans les conditions environnementales peuvent affecter le fonctionnement conjugal.

Prenons l'exemple de Valérie et Guillaume, un couple qui vit en famille recomposée. Un changement dans l'organisation de la garde des enfants vient bousculer le peu de temps qu'ils pouvaient passer ensemble, sans les enfants. Ils ont des conditions matérielles précaires, peu de soutien social (éloignement de la famille élargie) et vivent dans un milieu où l'accès aux garderies publiques est déficient. L'insatisfaction monte et la peur d'une seconde rupture se fait sentir. Pour comprendre l'ensemble des facteurs reliés à leur insatisfaction conjugale, il faudra certes tenir compte du contexte personnel de chaque conjoint et de leur contexte conjugal, mais aussi de l'ensemble des stress imposés par les conditions de vie objectives difficiles qui sont les leurs. C'est souvent une bonne occasion, pour le thérapeute, d'identifier les forces manifestées par des conjoints pour tenter de composer avec leurs conditions

environnementales difficiles. Et s'il peut reconnaître cela, il lui sera aussi plus facile d'inciter les conjoints à tenir compte du contexte dans l'analyse de leur problème.

Très souvent, les couples pensent qu'ils sont les seuls à réagir négativement à un problème alors que cela représente une difficulté très fréquente pour plusieurs couples. Face à ce couple confronté à un changement dans les conditions de garde, le thérapeute peut les aider à reconnaître qu'il est normal de réagir négativement, que tous les couples placés dans les mêmes conditions que les leurs trouvent cela difficile. Ainsi, ils accepteront peut-être mieux qu'il leur faut réunir leurs forces pour faire face aux problèmes plutôt que de s'accuser l'un l'autre des conséquences négatives liées aux problèmes. Comme l'indiquaient nos résultats de recherche (Beaudry et al., 2005), l'appréciation subjective du degré d'ajustement ou d'adaptation des conjoints à leur nouvelle vie conjugale ne dépend pas principalement de l'ampleur des difficultés ressenties dans la sphère éducative, mais des comportements et des attitudes de chacun des conjoints face à ces difficultés.

Chez les couples non hétérosexuels, l'acceptation ou non de leur orientation sexuelle et/ou de leur relation amoureuse par les amis, la famille, le milieu de travail ou la société peut constituer un facteur environnemental qui influence la perception de la qualité relationnelle (Otis et al., 2006), l'ajustement conjugal (Chartrand and Julien, 1996), le niveau de stress et de dépression (Riggle et al., 2010). Les couples hétérosexuels où l'un des partenaires est transgenre, c'est-à-dire qu'il a subi physiquement un changement de sexe, peuvent aussi face à des facteurs environnementaux ayant un impact sur leur relation, particulièrement en rapport avec les personnes qui sont au courant du changement de sexe. Historiquement, la démédicalisation de l'homosexualité remonte à 1973 (année où l'American Psychiatric Association a retiré l'homosexualité de la liste des troubles mentaux)[8]. Malgré d'importants progrès sur le plan de l'égalité dans plusieurs pays[9] depuis ce temps, il subsiste sur le plan social, à divers degrés selon les milieux, de la discrimination, du harcèlement, de la haine et des comportements violents envers les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. Ces attitudes sont qualifiées d'homophobes. Il existe aussi diverses fausses croyances ou divers stéréotypes sur les relations non hétérosexuelles. Parmi les plus courantes se retrouve l'idée que l'homosexualité est malsaine,

8. Par la suite, différentes organisations professionnelles ont pris une position similaire dont l'American Psychological Association (1974, 1975). De plus, l'usage des traitements visant à modifier l'orientation sexuelle a été remise en question sur le plan éthique dans les milieux comportementaux (Davidson, 1976).
9. Le Québec reconnaît depuis 2002, et le Canada depuis 2005, le mariage entre personnes de même sexe. Aux États-Unis, seul le Massachusetts reconnaît le mariage entre personnes de même sexe (Rothblum, 2009).

qu'une relation entre deux personnes du même sexe ne peut durer très longtemps, que les couples lesbiens ont des relations fusionnelles (qui, par conséquent, seraient malsaines), qu'une personne bisexuelle ne peut s'empêcher d'être infidèle, que les couples gais sont centrés principalement sur la sexualité et que les partenaires des couples de même sexe cherchent à mimer les rôles masculins et féminins des couples hétérosexuels. Ces croyances sont parfois aussi présentes chez les personnes issues de minorités sexuelles. On parle alors d'homophobie intériorisée. D'autres fausses croyances ont cours entre les personnes bisexuelles et les personnes gaies et lesbiennes (biphobie). Certains hommes gais croient que la bisexualité chez un homme n'est que le fait d'une acceptation incomplète de l'homosexualité et certaines femmes lesbiennes considèrent qu'une femme bisexuelle est une traîtresse à la cause. L'homophobie intériorisée a été associée à de plus grandes difficultés relationnelles (Frost & Meyer, 2009), à une plus faible estime de soi, à un soutien social moins important, ainsi qu'à une plus grande détresse psychologique et à un niveau de dépression plus élevé (Szymanski et al., 2010).

À titre d'exemple, prenons un couple lesbien chez qui l'une des partenaires, Catherine, occupe un emploi bien rémunéré et l'autre, Isabelle, est étudiante à temps plein et sans revenu. Le couple fréquente peu le milieu lesbien. Il y a compression des effectifs chez l'employeur de Catherine et elle perd son emploi. Elle vit de l'anxiété face à l'absence de revenu, mais retrouve un autre emploi assez rapidement, avec un salaire moindre. Après quelques jours, elle constate que son nouvel environnement de travail est plutôt hostile à l'homosexualité. Craignant de perdre à nouveau son emploi, elle cache sa relation avec Isabelle en évitant les situations qui pourraient amener le sujet (repas du midi avec les collègues, activités avec des collègues en dehors du travail, récit du week-end le lundi matin) et en composant tant bien que mal avec les avances de certains collègues masculins. Isabelle vit du stress par rapport à ses cours et elle entretient la croyance que les relations amoureuses entre femmes sont fusionnelles. Il lui a été très difficile d'accepter de dépendre financièrement de Catherine durant ses études. Elle tente de maintenir son individualité en redoublant d'efforts pour terminer ses cours au plus vite afin de trouver un travail régulier et en évitant de temps en temps les contacts physiques prolongés avec sa compagne. Lorsque Catherine rentre à la maison, tendue, elle raconte les situations pénibles de son travail et demande à Isabelle de se montrer affectueuse avec elle durant ces moments. Isabelle répond parfois à cette demande, mais quand elle évite de le faire parce qu'elle y voit le chemin de la relation fusionnelle, Catherine lui reproche de ne pas être assez tendre, ce à quoi elle rétorque que Catherine l'étouffe, et c'est la crise. Il est assez clair ici qu'au-delà des interactions entre les conjointes, une

intervention axée sur l'environnement de travail de Catherine pourrait atténuer certaines tensions dans le couple.

Hypothèse VI : les difficultés conjugales sont reliées à des dimensions émotives et interactionnelles spécifiques

Formulons cette hypothèse d'une manière plus précise : les difficultés conjugales résultent d'un niveau d'activation émotionnelle négative élevé conjugué à un déficit dans la capacité de contrôler ses émotions, le tout maintenu par l'incompréhension ou les réponses invalidantes du partenaire. Cette manière plus récente d'expliquer l'apparition et le maintien des difficultés conjugales découle des travaux d'Alan E. Fruzzetti (2008). En effet, celui-ci propose d'ajouter un complément à l'approche thérapeutique développée par Jacobson et Christensen (1996) dans l'intervention auprès des couples. Ayant travaillé avec ces chercheurs, il connaît bien leur approche, à laquelle il décide d'ajouter de nouvelles stratégies de changement personnel découlant de la thérapie comportementale dialectique mise de l'avant par Marsha M. Linehan (1993) dans le traitement des personnes présentant des troubles de personnalité borderline.

Pour Fruzzetti, le cœur du problème des couples insatisfaits est relié à un dysfonctionnement émotionnel qui entraîne des patterns de conflits destructeurs. Incapables de diminuer leurs émotions négatives très intenses, les conjoints éprouveraient beaucoup de difficulté à exprimer leurs émotions et à porter attention à leur partenaire. C'est ainsi qu'ils maintiendraient leur insatisfaction conjugale.

Avant d'expliquer davantage cette hypothèse, il est intéressant de faire ressortir ce qui apparaît nouveau dans cette proposition, soit la façon de prendre en compte les dimensions individuelles dans l'analyse des difficultés conjugales et dans les stratégies d'intervention qui en découlent. En effet, voulant se distinguer de la thérapie individuelle, la thérapie comportementale de couple priorisait jusqu'à maintenant de mettre l'accent sur la qualité des interactions entre les conjoints et sur leurs stratégies de communication plutôt que sur les difficultés personnelles. Sans nier ces éléments, Fruzzetti fait ressortir le lien entre le dysfonctionnement émotionnel et la qualité des interactions dans les processus menant à la satisfaction conjugale.

Depuis plus de cent ans, on sait qu'une quantité modérée de stress et d'activation contribue à garder la personne en alerte et intéressée, ce qui accroît aussi son autocontrôle et sa performance. Cependant, passé un certain seuil de stress et d'activation, l'autocontrôle et la performance commencent à diminuer. Rendue à un haut niveau d'activation émotionnelle, la personne commence à porter son attention uniquement

à son désir d'échapper à cet état aversif. Ainsi, quand un conjoint est rendu à un haut niveau d'activation parce qu'il éprouve beaucoup d'émotions négatives envers son partenaire, on peut dire qu'il est « *out of control* », « dysfonctionnel », puisqu'il est dans un état où ses fonctions cognitives et ses capacités d'autocontrôle sont diminuées.

L'activation émotionnelle affecte d'autres systèmes, comme la pensée et l'action. Ainsi, en état de dysfonctionnement conjugal, les fonctions cognitives et d'autocontrôle ne sont pas optimales et la personne n'exprime pas clairement ses émotions. Elle oublie ses buts à long terme dans la relation (c'est-à-dire aimer et être aimée) pour prioriser son but à court terme, soit réduire sa détresse (par la fuite, l'attaque, la défense, etc.).

Précisons qu'être dans un état de dysfonctionnement est différent d'être bouleversé par une situation. On peut être bouleversé et capable de prendre une décision, « tenir sa langue » ou se contrôler soi-même et éviter de dire des paroles injurieuses, de perdre le contrôle et de dire des choses qui dépassent sa pensée, ce qui devient difficile en état de dysfonctionnement. Aussi, lorsque nous sommes capables de réguler nos émotions ou de composer avec elles, nous régulons aussi notre façon de penser et d'agir de manière efficace dans nos relations interpersonnelles, au travail ou dans d'autres activités. Tel que le propose Fruzzetti, le dysfonctionnement conjugal est maintenu à la fois par l'incapacité d'un conjoint à maintenir son état d'équilibre émotionnel *et* par l'incompréhension ou les réponses invalidantes du partenaire (incapacité de porter attention, jugements négatifs, punition de la manifestation de sentiments, critiques négatives, etc.). S'établit alors un cercle vicieux qui provoque et maintient l'insatisfaction conjugale.

Synthèse des résultats de recherches

Étant donné la relative nouveauté de cette dernière hypothèse, il y a encore peu de recherches à ce sujet. Toutefois, deux recherches de l'équipe de Fruzzetti portant sur l'efficacité de leur approche thérapeutique en démontrent les effets bénéfiques (Fruzzetti & Mosco, 2006 ; Murphy & Fruzzetti, 2007). L'intérêt que nous portons à cette dernière proposition pour expliquer l'apparition et le maintien des difficultés conjugales tient surtout aux nouvelles stratégies d'intervention proposées et à leurs impacts sur les conjoints.

Implications pour l'évaluation et l'intervention

Découlant de cette dernière hypothèse, le but de la thérapie est celui d'aider les conjoints à composer avec leurs émotions négatives de manière efficace, ce qui, en retour, favorisera une bonne communication, c'est-à-dire l'expression adéquate des pensées, des sentiments, des

besoins, etc., suivie par la compréhension et la validation. En somme, la thérapie vise à diminuer l'intensité des émotions négatives des partenaires et à améliorer la qualité de la relation. Les stratégies proposées dans cette approche sont en lien avec ces buts. Elles portent sur le développement de deux types d'habiletés : (*i*) les habiletés *individuelles* dans la gestion efficace de ses propres émotions négatives en lien avec l'insatisfaction conjugale ; et (*ii*) les habiletés relationnelles qui visent le développement et le maintien d'une relation conjugale satisfaisante et qui correspondent en partie aux habiletés de communication déjà proposées notamment par Jacobson et Margolin (1979). Nous approfondirons ces stratégies dans le Chapitre 3, « La thérapie de couple ».

Conclusion

Ce chapitre retrace les grands courants théoriques qui ont marqué l'évolution de la recherche sur les éléments importants d'une relation intime et satisfaisante. Chacune des hypothèses présentées a favorisé l'élaboration de stratégies d'intervention efficaces pour aider les conjoints à retrouver l'harmonie dans leur relation amoureuse. Comme on peut le constater, ces propositions explicatives de l'apparition et du maintien des difficultés conjugales sont loin de s'opposer. Au contraire, elles sont plutôt complémentaires et contribuent, dans leur ensemble, à former un modèle explicatif de plus en plus raffiné. Nous espérons qu'à la lumière de ces connaissances, les thérapeutes seront mieux préparés à évaluer et à intervenir auprès des couples.

Pour en savoir plus

Bradbury, T.N., Fincham, F.D., & Beach, S. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction : a decade in review. *Journal of Marriage and Family*, *62*, 964–980.

Kurdek, L.A. (1998). Relationships outcomes and their predictors : longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabiting, and lesbian cohabiting couples. *Journal of Marriage and the Family*, *60*, 553–568.

Références

American Psychiatric Association. (1974). Position statement on homosexuality and civils rights. *American Journal of Psychiatry*, *131*, 497.

American Psychological Association. (1975). Resolution on discrimination against homosexuals. *American Psychologist*, *30*, 633.

Anderson, S.A., Russell, C.S., & Schumm, W.R. (1983). Perceived marital quality and family life-cycle categories : a further analysis. *Journal of Marriage and Family*, *45*, 127–139.

Baucom, D.H. (1987). Attributions in distressed relations: how can we explain them?. In D., Perlman, & S., Duck (Eds.), *Intimate relationships: development, dynamics, and deterioration*. Newbury Park, CA : Sage, 177–206.

Baucom, D.H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York : Brunner/Mazel.
Baucom, D.H., Epstein, N., & Rankin, L.A. (1995). Cognitive aspects of cognitive-behavioral marital therapy. N.S. Jacobson, & A.S. Gurman (dir.), *Clinical handbook of couple therapy* (65-91). New York: Guilford Press.
Beaudry, M., Boisvert, J.M., Simard, M., et al.,et al. (2004). Communication: a key component to meeting the challenges of stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage*, *42*, 85–104.
Beaudry, M., Boisvert, J.M., Simard, M., et al.,et al. (2005). Les couples dans les familles recomposées: un défi particulier. *Divorce & séparation*, *2*, 29–53.
Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
Boisvert, J.M., & Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Montréal : Éditions de l'Homme.
Bradbury, T.N., & Fincham, F.D. (1990). Attributions in marriage: review and critique. *Psychological Bulletin*, 107, 3–33.
Buxton, A.P. (2004). Works in progress: how mixed-orientation couples maintain their marriages after the wives come out. *Journal of Bisexuality*, *4*, 57–82.
Buxton, A.P. (2006). Counseling heterosexual spouses of bisexual men and women and bisexual-heterosexual couples: affirmative approaches. *Journal of Bisexuality*, *6*, 105–135.
Chartrand, É., & Julien, D. (1996). Intégration du couple gai et lesbien dans son réseau social et ajustement conjugal. *Science et comportement*, *25*, 39–54.
Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. In K., Hahlweg, & M.J., Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorders: the contribution of family interaction research*. New York : Family Process Press, 250–265.
Christensen, A., Jacobson, N.S., & Babcock, J.C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. In N.S., Jacobson, & A.S., Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*. New York : Guilford, 31-64.
Cole, R.E., & Reiss, D. (1993). *How do families cope with chronic illness ? Hillsdale*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
Davidson, G.C. (1976). Homosexuality: the ethical challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 157–162.
Desrosiers, É. (1999). *J'avais peur de mourir seule*. Montréal : Le Devoir.
Eisler, R.M., & Hersen, M. (1973). Behavioral techniques in family-oriented crisis intervention. *Archives of General Psychiatry*, *28*, 111–115.
Falke, S.I., & Larson, J.H. (2007). Premarital predictors of marital quality: implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *29*, 9–23.
Fincham, F.D., Beach, S., & Nelson, G. (1987). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 3 Causal and responsibility attributions for spouse behavior. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 71–86.
Fincham, F.D., Bradbury, T.N., & Scott, C. (1990). Cognition in marriage. In F.D., Fincham, & T.N., Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: basic issues and applications*. New York : Guilford, 118–149.
Fletcher, G.J.O., & Thomas, G. (2000). Behavior and on-line cognition in marital interaction. *Personal Relationships*, *7*, 111–130.
Frost, D.M., & Meyer, I.H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay man, and bisexual. *Journal of Counseling Psychology*, *56*, 97–109.
Fruzzetti, A.E. (2008). *Régler les conflits de couple (traduction de G. Patenaude). Saint-Constant*. Québec : Broquet.

Fruzzetti, A.E., & Mosco, E. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for couples and families : a pilot group intervention for couples. *Document inédit, université du Nevada, Reno*.
Gottman, J.M. (1994). *Why marriages succeed or fail*. New York : Simon & Schuster.
Gottman, J.M. (1999). *The marriage clinic*. New York : Norton.
Gottman, J.M., Coan, J., Carrère, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, *60*, 5–22.
Gottman, J.M., Levenson, R.W., Gross, J., et al.,et al. (2003). Correlates of gay and lesbian couples' relationship satisfaction and relationship dissolution. *Journal of Homosexuality*, *45*, 23–43.
Gottman, J.M., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict : a sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*, *39*, 461–477.
Hahlweg, K., Baucom, D.H., & Markman, H. (1988). Recent advances in therapy and prevention. In I.R.H., Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy*. New York : Guilford, 413–448.
Halford, K.W., Kelly, A., & Markman, H.J. (1997). The concept of a healthy marriage. In K.W., Halford, & H.J., Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. New York : Wiley, 3–12.
Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N.S. (1985). Causal attributions of married couples : when do they search for causes ? What do they conclude when they do ?. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 1398–1412.
Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N.S. (1991). Behavioral marital therapy. In A.S., Gurman, & D.P., Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York : Brunner/Mazel, 96–133.
Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy : promoting acceptance and change*. New York : Norton.
Jacobson, N.S., Follette, W.C., & McDonald, D.W. (1982). Reactivity to positive and negative behavior in distressed and nondistressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 706–714.
Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy : strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York : Brunner/Mazel.
Jacobson, N.S., Waldron, H., & Moore, D. (1980). Toward a behavioral profile of marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *48*, 696–703.
Jones, A.C., & Chao, C.M. (1997). Racial, ethnic and cultural issues in couples therapy. In W.K., Halford, & H.J., Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. Chichester : Wiley, 157–176.
Julien, D., Chartrand, E., Simard, M.C., et al.,et al. (2003). Conflict, social support, and relationship quality : an observational study of heterosexual, gay male, and lesbian couples' communication. *Journal of Family Psychology*, *17*, 419–428.
Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia : W.B. Saunders.
Kurdek, A.C. (1988). Relationship quality of gay and lesbian couples. *Journal of Homosexuality*, *15*, 93–118.
Kurdek, L.A. (1998). Relationships outcomes and their predictors : longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabiting, and lesbian cohabiting couples. *Journal of Marriage and the Family*, *60*, 553–568.
La Taillade, J.J., & Jacobson, N.S. (1995). La thérapie comportementale de couple. In M., Elkaïm (Ed.), *Panorama des thérapies familiales*. Paris : Le Seuil, 313–347.

Liberman, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *40*, 106–118.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford.

Margolin, G., & Wampold, B.E. (1981). A sequential analysis of conflict and accord in distressed and nondistressed marital pairs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 1476–1486.

Markman, H.J. (1979). Application of a behavioral model of marriage in predicting relationship satisfaction of couples planning marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 743–749.

Markman, H.J. (1984). The longitudinal study of couples' interactions : implications for understanding and predicting the development of marital distress. In K., Hahlweg, & N.S., Jacobson (Eds.), *Marital interaction: analysis and modification*. New York : Guilford.

Moss, B.F., & Schwebel, A.I. (1993). Defining intimacy in romantic relationships. *Family Relations*, *42*, 31–37.

Murphy, K.R., & Fruzzetti, A.E. (2007). The effectiveness of the high-conflict couple : a dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation. *Document présenté au 41e Congrès de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Philadelphie, USA*.

Notarius, C.I., Vanzetti, N.A., & Smith, R. (1981). Assessing expectations and outcomes in marital interaction. *Document présenté au Congrès de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Toronto*.

Otis, M.D., Rostosky, S.S., Riggle, E.D.B., & Hamrin, R. (2006). Stress and relationship quality in same-sex couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, *23*, 81–99.

Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems : multiples settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 471–481.

Revenson, T.A., Kayser, K., & Bodenmann, G. (2005). *Couples coping with stress : emerging perspectives on dyadic coping*. Washington, D.C. : American Psychological Association.

Revenstorf, D., Vogel, B., Wegener, C., et al.,et al. (1980). Escalation phenomena in interaction sequences : an empirical comparison of distressed and non-distressed couples. *Behavioural Analysis and Modification*, *4*, 97–115.

Riggle, E.D.B., Rostosky, S.S., & Horne, S.G. (2010). Psychological distress, well-being, and legal recognition in same-sex couple relationships. *Journal of Family Psychology*, *24*, 82–86.

Roberts, B.W., & Robins, R.W. (2000). Broad dispositions, broad aspirations : the intersection of personality traits and major life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 1284–1296.

Roisman, G.I., Clausell, E., Holland, A., et al.,et al. (2008). Adult romantic relationships as contexts of human development : a multimethod comparison of same-sex couples with opposite-sex dating, engaged, and married dyads. *Developmental Psychology*, *44*, 91–101.

Rothblum, E.D. (2009). An overview of same-sex couples in relationships: a research area still at sea. Hope D.A. *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities. Nebraska Symposium on Motivation* (vol.54). New York : Springer, 113–139.

Savin-Williams, R.C. (2009). How many gays are there? It depends. Hope D.A. *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities. Nebraska Symposium on Motivation,* (vol.54). New York : Springer, 5–41.

Schmaling, K.B., & Sher, T.G. (2000). *The psychology of couples and illness : theory, research, & practice*. Washington, D.C. : American Psychological Association.

Solomon, S.E., Rothblum, E.D., & Balsam, K.F. (2005). Money, household, sex, and conflict : same-sex couples in civil unions, those not in civil unions, and heterosexual married siblings. *Sex Roles*, *52*, 561–575.

Statistique Canada (2006). Recensement du Canada: tableaux thématiques. Situation des couples de même sexe. Statistique Canada, Recensement de la population de 2006, Produit no 97-553-XCB2006024 au catalogue de Statistique Canada. http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lang = fra&catno = 97-553-X2006024.

Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 675–682.

Szymanski, D.M., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2010). Internalized heterosexism: measurement, psychosocial correlates, and research directions. *The Counselling Psychologist*, *36*, 525–574.

Thompson, B.M. (1997). Couples and the work-family interface. In W.K., Halford, & H.J., Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. Chichester : Wiley, 273–290.

Thompson, J.S., & Snyder, D.K. (*1986*). Attribution theory in intimate relationships : a methodological review. *American Journal of Family Therapy*, *14*, 123–138.

U.S. Census Bureau (2008). 2006-2008 American community survey 3-year estimates. S1101 Households and families. http://www.factfinder.census.gov/servlet/ STTable?_bm = y&-geo_id = 01000US&-qr_name = ACS_2008_3YR_G00_S1101&-ds_name-ACS_2008_3YR_G00_.

Weiss, R.L. (1978). The conceptualization of marriage from a behavioral perspective. In T.J., Paolino, & B.S., McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives*. New York : Brunner/Mazel.

Weiss, R.L., Hops, H., & Patterson, G.R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. In L.A., Hamerlynck, L.C., Handy, & E.J., Mash (Eds.), *Behavior change: methodology, concepts, and practice*. Champaign, IL : Research Press.

Chapitre 2
L'évaluation des relations conjugales

Jean-Marie Boisvert, Madeleine Beaudry, Alain Roussy

Objectifs de l'évaluation des relations conjugales

Les auteurs en thérapie de couple ayant une orientation scientifique, notamment les comportementalistes, s'accordent généralement à propos des principaux objectifs de l'évaluation des difficultés conjugales. L'analyse des relations de couple doit permettre de :
1. décrire les problèmes du couple ;
2. identifier les variables qui contrôlent les comportements problématiques ;
3. choisir des interventions thérapeutiques appropriées ;
4. mesurer les changements dans la relation de couple pendant et après la thérapie, pour savoir, autant que possible, si et quand la thérapie a été efficace (Jacobson & Margolin, 1979).

En accord avec les principes de la psychologie positive (Mandeville, 2005), nous considérons qu'il faut ajouter un cinquième objectif qui consiste à identifier les forces du couple et les éléments permettant un pronostic favorable. Sans doute, les bons thérapeutes ont toujours aidé leurs clients à identifier leurs forces, mais les professionnels de la santé courent quand même le risque de mettre davantage l'accent sur les dysfonctions que sur les points positifs. Il n'est donc pas inutile d'énoncer clairement ce cinquième objectif :
5. identifier les forces du couple et les éléments permettant un pronostic favorable.

Remarquons qu'étant donné le quatrième objectif, l'évaluation doit avoir lieu non seulement avant le début des interventions, mais également se poursuivre tout au long de la thérapie, et même après, au moment d'un suivi.

Analyse des séquences d'interaction

La majorité des auteurs sont aussi d'accord pour affirmer que l'évaluation en thérapie de couple exige une perspective particulière par rapport à l'évaluation en thérapie individuelle. On considère que l'unité fondamentale d'analyse dans l'évaluation des relations de couple a trait aux séquences d'interactions, alors que dans l'évaluation des problèmes individuels, elle concerne plutôt les chaînes de comportements individuels (Margolin & Jacobson, 1981). Les psychothérapeutes, dont le travail clinique porte généralement sur des difficultés psychologiques individuelles, doivent modifier leur point de vue s'ils veulent aborder l'analyse des problèmes de couple. Il leur faut mettre l'accent sur les caractéristiques de la relation de couple et du système dans lequel elle évolue plutôt que sur les caractéristiques des individus en présence. Le postulat de base de l'évaluation est donc le suivant : *les séquences d'interactions habituelles dans le couple sont plus problématiques que chacune des composantes*.

L'adoption de ce postulat présente plusieurs avantages. Il permet de mettre l'accent sur l'enchaînement des événements qui provoquent des comportements problématiques et qui conduisent à des situations pénibles plutôt que sur les déficits individuels. Il sera alors possible d'intervenir à différents moments de la chaîne des comportements des *deux* conjoints. Cette façon de concevoir les difficultés conjugales permet d'impliquer plus facilement les deux partenaires dans un processus de changement, en mettant l'accent sur leur responsabilité respective par rapport au changement. Elle favorise ainsi une diminution de la fréquence des accusations et des sentiments de culpabilité souvent reliés à l'identification des difficultés.

De plus, un tel postulat permet au thérapeute d'éviter de se faire prendre dans le piège qui consiste à juger telle ou telle action de l'un ou l'autre des conjoints. Chacun des partenaires arrive très souvent en thérapie avec une très bonne idée de ce que l'autre devrait cesser de faire et il (ou elle) aimerait bien que le thérapeute manifeste son accord avec son point de vue. Mais s'il le faisait, cela aurait probablement pour effet d'accroître le conflit entre eux ; l'intervenant doit donc éviter cela.

La plupart du temps, il est facile pour les conjoints d'accepter que le but du traitement consiste à éliminer certains types d'interactions ; cela leur permet d'éviter une interprétation des problèmes du couple qui rejette la faute sur l'un ou l'autre. En mettant l'accent sur les séquences

d’interactions, l’intervenant n’a donc pas à se faire juge d’une action particulière. Il centre plutôt l’attention des deux partenaires sur ce que chacun d’eux peut faire s’il veut diminuer la fréquence des situations conflictuelles. Ainsi, chaque conjoint n’a pas besoin d’attendre que l’autre change avant de se décider lui-même à modifier son comportement. Car théoriquement, dans une séquence d’interactions, si l’une des deux personnes change sa façon d’agir, il s’ensuit une modification de toute la suite des événements et possiblement l’élimination d’un conflit.

Utilisation de l’intervention individuelle

Même s’il est important de se centrer sur les séquences d’interactions, ce principe de base ne doit pas être adopté d’une façon rigide ; c’est une question d’accent. Il faut également porter attention aux caractéristiques individuelles, mais celles-ci doivent généralement être analysées en tant que parties du système conjugal et familial. Porter attention aux problèmes individuels peut même parfois constituer une très bonne stratégie ; cela permet, entre autres, de faire du modelage sur la façon d’interagir quand un des partenaires présente un problème personnel. Par exemple, dans la thérapie avec Roxane et Fabien, tout se déroulait bien jusqu’à la sixième entrevue. À ce moment-là, Roxane a dit qu’elle se sentait incapable de faire des exercices sur la communication à la maison parce qu’elle était trop préoccupée par ses attaques de panique. Le thérapeute a alors décidé de se concentrer sur les problèmes de panique pendant quatre entrevues, dont deux conjointes et deux individuelles. Il a fait l’hypothèse que ces quatre entrevues seraient suffisantes pour diminuer les attaques de panique d’une façon cliniquement significative (et son hypothèse s’est avérée juste). Le fait de prévoir le nombre d’entrevues consacrées à ce problème individuel visait à indiquer clairement qu’il n’est pas question de perdre de vue l’importance de la thérapie de couple. Le thérapeute a donc fait cette proposition à Roxane et Fabien, qui l’ont acceptée tous les deux avec enthousiasme.

Pendant ces entrevues, le thérapeute a appris à Roxane des moyens concrets pour faire face à ses attaques de panique. Après ces quatre entrevues, le thérapeute a fait un bilan avec les conjoints et ils ont décidé de façon unanime de revenir à la thérapie de couple, comme prévu. Roxane était très heureuse de pouvoir diminuer ses attaques de panique et Fabien se sentait également soulagé. La relation thérapeutique n’en a été que plus solide.

Le thérapeute aurait pu également diriger Roxane vers un collègue en thérapie individuelle, mais il a jugé que le fait de travailler ensemble à la solution d’un problème individuel contribuait à ce que les conjoints découvrent, par cette expérience, qu’en se donnant mutuellement du

soutien, ils renforcent leur relation de couple. De plus, l'occasion était tout indiquée pour que Fabien apprenne à réagir aux attaques de panique de sa conjointe tout en s'affirmant et en étant capable d'exprimer ses sentiments dans cette situation.

La situation suivante illustre aussi l'impact positif que peut avoir la collaboration des conjoints dans la résolution d'une difficulté individuelle en thérapie de couple. Dans les exercices de communication faits devant le thérapeute, Sylvain et Léo arrivaient à bien s'écouter et se comprendre. Cependant, les exercices à la maison se terminaient systématiquement par une dispute. L'élément récurrent de ces conflits portait sur la relation de Léo avec sa mère. Celle-ci disait accepter l'homosexualité de son fils, mais refusait qu'il parle de sa vie amoureuse devant elle. Elle exigeait que Léo la visite seul et refusait la présence de son compagnon lors des fêtes familiales. Elle l'appelait plusieurs fois par semaine et refusait de parler à Sylvain même si c'était lui qui décrochait le téléphone. Elle demandait souvent des services que Léo se sentait incapable de refuser, même lorsque cela contrecarrait une activité de couple déjà planifiée. Sylvain comprenait la difficulté de Léo, mais il trouvait trop importantes pour lui les conséquences qui en découlaient et il refusait de passer en second plus longtemps. Léo admettait que la situation de Sylvain était difficile à vivre, mais il se sentait incapable de changer ses comportements à l'égard de sa mère.

Les conjoints ont accepté la proposition du thérapeute d'explorer les sentiments de Léo envers sa mère en présence de Sylvain, avec la consigne spécifique pour ce dernier de ne pas intervenir autrement que par des encouragements ou des demandes de précision. Il en est ressorti que Léo craignait que sa mère ne le rejette s'il s'opposait à elle. Le thérapeute lui a demandé comment se manifesterait concrètement l'éventuel rejet par sa mère. Léo a alors réalisé que sa mère avait déjà à son égard certains des comportements de rejet qu'il craignait chez elle et qu'en cherchant à éviter son rejet, il s'éloignait d'une autre personne qui l'aimait, Sylvain. Les conjoints ont alors trouvé une solution toute simple. Léo ne se sentait pas capable d'exprimer directement à sa mère les comportements qu'il souhaitait voir changer chez elle, mais il voulait vraiment faire quelque chose pour régler la situation. Sylvain a suggéré de l'accompagner à une visite que Léo devait faire à sa mère durant la semaine qui suivait. Soit Léo entrait chez sa mère avec son compagnon, soit il n'entrait pas.

À la rencontre suivante avec le thérapeute, ils avaient fait ce qui était prévu et la mère de Léo leur avait claqué la porte au nez. Malgré sa peine, Léo se sentait plus proche de Sylvain et ce dernier, impressionné par les efforts de son compagnon, avait maintenant l'impression de vraiment compter pour lui. Bien sûr, il aurait pu arriver que la problématique entre Léo et sa mère soit plus complexe et que la stratégie du

thérapeute échoue. Dans ce cas, la référence de Léo à un collègue pour une démarche individuelle aurait été une bonne option.

Il est clair que plusieurs problèmes individuels peuvent être abordés en thérapie de couple (Revenson et al., 2005 ; Snyder & Whisman, 2003). Nous venons de présenter deux exemples qui montrent bien qu'il ne faut pas être rigide avec nos principes en thérapie, parce que ces principes sont des guides intéressants, mais généralement imparfaits.

Éléments importants de l'évaluation

Les bases théoriques de la thérapie de couple, le principe de base de l'évaluation concernant l'importance des séquences d'interaction et les recherches expérimentales sur les relations de couple amènent à porter une attention particulière aux points suivants dans l'évaluation des problèmes conjugaux :

1. la nature et la fréquence des comportements positifs ou agréables échangés dans le couple ;
2. la nature et la fréquence des comportements punitifs échangés dans le couple ;
3. les façons de susciter des comportements positifs chez le conjoint (par exemple, par des demandes constructives, des comportements manipulateurs ou des menaces) ;
4. les façons de susciter des comportements punitifs chez le conjoint (par exemple, par des sarcasmes ou des critiques vagues et générales) ;
5. les façons de réagir aux comportements positifs du conjoint (par exemple, par des manifestations d'affection, de l'indifférence ou des sarcasmes) ;
6. les façons de réagir aux comportements punitifs du conjoint (par exemple, les réponses aux attaques, les comportements de résolution de problèmes) ;
7. les cognitions associées à ces différents comportements ;
8. les émotions et les sentiments associés à ces différents comportements ;
9. les enchaînements d'événements problématiques (comportements, cognitions et émotions) dans les interactions du couple, chaque événement étant considéré comme une réponse à l'événement précédent et comme déclencheur de l'événement suivant.

Exemple d'un enchaînement

1) Esther dit à Vincent qu'elle voudrait qu'ils prennent un moment pour discuter de la couleur de la peinture pour la chambre de leur fille.
2) Vincent lui répond qu'il est trop occupé maintenant, qu'il sera disponible dans une heure.

3) Esther insiste pour régler la question maintenant, car c'est le seul moment dans la semaine où elle peut aller acheter la peinture.
4) Vincent se sent brusqué et se dit qu'Esther ne le respecte pas. Il manifeste sa mauvaise humeur et répond brusquement.
5) Esther se sent rejetée et commence à critiquer Vincent.
6) Vincent boude et ne répond pas.
7) Esther finit par se retirer en manifestant sa mauvaise humeur.
8) Esther et Vincent se disent tous les deux que l'autre est vraiment impossible à vivre, etc.

Il ne faut pas oublier que, dans une telle séquence d'interactions, l'événement (1) est lui-même une réponse à un autre événement, par exemple une cognition du genre « Si on veut repeindre la chambre de notre fille, il faut absolument que j'aille acheter la peinture cet après-midi », qui est aussi une réponse à un autre événement, etc.

Premier contact

On peut considérer que la relation thérapeutique commence dès le premier contact, habituellement par téléphone (et quelquefois par courriel). Le but principal de cet appel téléphonique est généralement de prendre un premier rendez-vous, mais souvent, on peut déjà noter quelques observations importantes.

Béatrice téléphone à une thérapeute dans le but d'entreprendre une thérapie de couple avec son conjoint Mathieu[1].

Béatrice : Notre relation de couple s'est détériorée à partir du moment où Mathieu a connu des problèmes au travail. Il y a près d'un an, il a fait un *burnout* et a cessé de travailler. Il s'est retrouvé à temps plein à la maison et on s'est mis à se quereller à propos de détails de la vie quotidienne.

Thérapeute : Je comprends.

Béatrice : Je dois vous dire que Mathieu n'aime pas beaucoup l'idée de consulter. Il accepte parce que je le lui demande, mais il est très réticent. J'ai peur qu'à un moment donné, à la moindre difficulté en thérapie, il décide de ne pas continuer. Qu'est-ce que je peux faire pour éviter cela ?

Thérapeute : Il arrive souvent qu'un des conjoints ait de la difficulté à accepter d'avoir recours à un thérapeute de couple. C'est donc une

1. Les exemples rapportés dans cette section sont souvent inspirés de faits vécus en thérapie de couple. Pour protéger la confidentialité des conjoints, nous modifions différents aspects des situations vécues. Dans plusieurs de ces exemples, nous présentons des couples hétérosexuels, mais très souvent, des couples lesbiens, gais ou bisexuels pourraient vivre les mêmes situations puisqu'ils consultent en général pour les mêmes raisons que les couples hétérosexuels, même si c'est parfois pour des motifs propres à leur situation.

situation assez normale. Je vais vous expliquer ma façon de procéder ; vous pourrez alors la lui décrire et lui demander s'il est d'accord. Voici comment j'ai l'habitude de procéder : les deux à quatre premières rencontres durent 1 h 30. Je rencontre chacun des conjoints individuellement pendant la moitié de la rencontre et, pendant ce temps-là, l'autre conjoint répond à des questionnaires, ce qui me permet de recueillir des informations rapidement. À la suite de ces rencontres, je vous donne un aperçu de mon évaluation et de ce que je vous propose pour les rencontres suivantes. Les rencontres suivantes se font à trois et durent généralement une heure. Après quatre à six de ces rencontres à trois, nous faisons un bilan et décidons de la poursuite ; généralement, à ce moment-là, il y a déjà un progrès significatif ; sinon il faut se poser des questions sur mon approche ou sur mon évaluation de votre situation. Mes honoraires pour les rencontres de 1 h 30 sont de…, et pour les rencontres d'une heure de… Est-ce que cela vous convient ?
Béatrice : Oui, ça me va très bien.
Thérapeute : Vous pouvez décrire ma façon de procéder à votre conjoint et s'il n'est pas d'accord avec certains aspects, vous pourrez me le dire et je verrai ce que je peux faire. S'il est d'accord, nous pourrons nous voir bientôt. Je dois vous dire que lorsque les conjoints réticents acceptent d'essayer au moins une rencontre pour voir si cela leur convient, il est assez rare que les réticences durent, car le conjoint hésitant s'aperçoit rapidement qu'il peut lui aussi tirer un bénéfice important de la thérapie de couple. Avez-vous d'autres questions ou des commentaires ?
Béatrice : Non, ça va. Je vais probablement vous recontacter prochainement.

C'est aussi lors de ce contact initial que peuvent se présenter les premiers écueils dans la relation thérapeutique avec des couples non hétérosexuels. D'une part, chez certains thérapeutes, hétérosexuels ou pas, qui travaillent principalement avec des couples hétérosexuels, il existe de l'hétérosexisme[2] et une tendance à la présomption d'hétérosexualité qui consiste à identifier d'emblée une personne à la majorité hétérosexuelle. D'autre part, il est assez fréquent que les personnes issues d'une minorité sexuelle aient déjà vécu de la discrimination ou de l'incompréhension de la part de professionnels de la santé. Il y a donc parfois de la méfiance de leur part lors d'un premier contact avec un thérapeute. Lorsque ces deux situations sont présentes, il peut arriver ceci :
Ginette : Je vous appelle pour une thérapie de couple. Est-ce que vous en faites ?

2. Le terme d'hétérosexisme est utilisé pour décrire le fait de comparer et d'évaluer les personnes faisant partie d'une minorité sexuelle en fonction des normes de la majorité hétérosexuelle. Selon Herek et al. (2009), l'hétérosexisme est « *une idéologie véhiculée dans les pratiques institutionnelles qui désavantage les groupes sexuels minoritaires* ».

Thérapeute : Oui.
Ginette : Je vis une relation difficile. Ça fait plusieurs fois qu'on se laisse et qu'on reprend depuis 2 ans. On a repris le mois dernier et je voudrais travailler sur ma relation pour arrêter ces montagnes russes.
Thérapeute : Est-ce que votre conjoint est aussi disposé à entreprendre ce travail ?
Ginette : Euh… oui, on en a parlé… écoutez, je vais être honnête avec vous, j'ai contacté plusieurs thérapeutes et je ne sais pas encore lequel je choisirai. Je vous rappellerai si je vous choisis.

Ginette raccroche, le thérapeute reste interloqué. Il ne saura probablement jamais que Ginette avait une conjointe plutôt qu'un conjoint et que le thérapeute qu'elle avait précédemment consulté avait remis en cause son orientation sexuelle plutôt que de travailler sur le couple. En se sentant à nouveau identifiée à l'hétérosexualité, elle a fui la situation. Il aurait pourtant suffi que le thérapeute attende un peu avant de faire allusion au genre de la personne avec qui elle est en relation et Ginette aurait probablement mentionné qu'il s'agissait d'une femme. Dans le cas peu probable où elle ne l'aurait pas fait, il aurait pu le demander directement.

L'exemple suivant illustre en plus la difficulté pour certains thérapeutes à se défaire de l'équation « relation amoureuse = couple = deux ». Réjean a pris rendez-vous avec un thérapeute par téléphone. Il a simplement mentionné qu'il voulait le rencontrer seul pour une éventuelle thérapie de couple et préférait attendre la première rencontre pour donner plus de détails. Toutefois, il demande au thérapeute s'il est à l'aise de travailler avec un couple gai. Ce à quoi le thérapeute, lui-même gai, répond positivement. Au cours de la rencontre, Réjean explique être en relation amoureuse depuis 8 ans avec un homme et qu'ils se sont mis d'accord pour ouvrir leur relation à un autre partenaire depuis un an. Cette relation à trois va bien mis à part un désaccord fréquent sur la manière de se présenter dans les activités familiales et sociales. Ils souhaiteraient donc de l'aide pour régler cette question. Le thérapeute accepte et dit à Réjean : « Je pourrais vous recevoir avec votre conjoint dès mardi prochain. » Le rendez-vous est fixé et les renseignements d'usage sur le fonctionnement de la démarche sont fournis par le thérapeute sans toutefois qu'il l'adapte à la réalité que lui a exposée Réjean. Durant le week-end, Réjean laisse un message dans la boîte vocale du thérapeute pour annuler la rencontre et ne demande pas d'en fixer une autre.

Dans cet exemple, Réjean est venu en quelque sorte tester le thérapeute. Et ce dernier a échoué à ce test. Il n'a pas tenu compte du fait que le troisième partenaire avait autant d'importance que les deux autres et a maintenu sa vision habituelle du couple. Réjean en a discuté avec ses partenaires et ils ont convenu de chercher quelqu'un de plus ouvert à leur situation.

Ces exemples illustrent l'importance pour les thérapeutes qui souhaitent travailler auprès des couples issus de minorités sexuelles d'identifier et de modifier leurs comportements et leurs cognitions hétérosexistes afin d'être plus efficaces dans l'aide qu'ils apportent.

Premières entrevues (individuelles)

Il y a quelques années, plusieurs thérapeutes de couple refusaient systématiquement de rencontrer chaque conjoint séparément. Le rationnel de cette position était le suivant : étant donné que dans une thérapie de couple, le client, c'est la « relation », le thérapeute doit éviter d'obtenir des informations d'un conjoint en l'absence de l'autre et de se faire ainsi piéger en étant obligé de garder certaines informations secrètes. Cependant, ce piège peut en cacher un autre : celui de se retrouver coincé en n'ayant pas accès à des informations que les conjoints ne révèlent pas quand ils sont ensemble. Il semble, en effet, que lorsque les partenaires abordent des sujets délicats, leurs affirmations sont plus valides dans des entrevues individuelles que dans des entrevues de couple. Dans cette dernière situation, leurs propos sont sans doute influencés par l'impact, positif ou négatif, que les conjoints croient alors avoir sur l'autre (Haynes et al., 1981). Il est donc généralement souhaitable de faire au moins une rencontre avec chacun des conjoints séparément.

Déroulement et exemples

Au début de la première entrevue, le thérapeute rencontre les deux conjoints et explique à nouveau sa façon de procéder et s'assure de leur accord. Puis, il leur demande qui des deux veut le rencontrer en premier en entrevue individuelle. S'ils n'arrivent pas à en décider, le thérapeute choisit de faire passer les questionnaires au conjoint qui a fait le premier contact et de rencontrer l'autre ; la raison en est que le conjoint qui n'a pas fait le premier contact risque d'être le plus réticent et a peut-être le plus besoin d'être rassuré. Mais, généralement, les conjoints n'ont pas de difficulté à prendre une telle décision. Cliniquement, il nous apparaît que celui ou celle qui décide de procéder en premier à l'entrevue est souvent (mais pas toujours) celui ou celle qui a le plus de récriminations à faire valoir. Lorsque le thérapeute a posé la question à Louise et Daniel, Louise a immédiatement suggéré que Daniel commence l'entrevue individuelle et celui-ci a accepté la proposition de Louise.

Le thérapeute a conduit Louise dans un autre local pour qu'elle remplisse les questionnaires et qu'il procède à l'entrevue individuelle avec Daniel pour clarifier avec lui les raisons de la consultation.

Thérapeute : Pouvez-vous me parler de ce qui vous amène à consulter ?

Daniel : L'année dernière, j'ai souffert d'épuisement professionnel et mon médecin m'a signé un congé de maladie. Je ne travaille pas depuis près d'un an. Au début, Louise s'est beaucoup occupée de moi, elle m'a beaucoup aidé.
Thérapeute : Pouvez-vous me donner un exemple de ce qu'elle faisait qui vous aidait ?
Daniel : Je lui parlais de mes difficultés ; elle m'écoutait et elle m'encourageait. Elle me disait de me reposer, de ne pas me fatiguer et qu'elle s'occuperait de tout ce qu'il y a à faire dans la maison. Elle prenait même la responsabilité des choses dont j'avais l'habitude de m'occuper, comme payer les comptes, sortir les déchets ou faire des réparations. Et elle me préparait de bons repas. Vraiment, elle me gâtait et m'aidait à me sentir mieux. Mais, à un moment donné, elle s'est mise à me critiquer, à me demander de faire plein de choses alors que j'ai besoin de repos, comme le médecin me l'a dit. Depuis ce temps, on n'arrive pas à s'entendre. Elle est devenue distante, elle ne s'occupe presque plus de moi.
Thérapeute : Elle est devenue distante ?
Daniel : Mais oui, elle est très souvent de mauvaise humeur. Je pense qu'elle ne m'aime plus et parfois je me demande si je l'aime encore. Puis, on ne fait presque plus l'amour, à peine une fois par mois, et c'est parce que j'insiste.
Thérapeute : C'est comme s'il y avait un froid entre vous ?
Daniel : Oui, c'est ça.
Thérapeute : Est-ce qu'il vous arrive de parler de tout cela, en particulier du fait que vous vous éloignez l'un de l'autre ?
Daniel : On en a déjà parlé, mais ça ne donne rien et ça finit par une dispute. Alors, on n'en parle plus.

En entrevue individuelle, Louise présente la situation un peu de la même manière que Daniel, mais avec certaines nuances. Elle dit que, lorsque Daniel a fait un *burnout*, elle s'est oubliée elle-même pour être plus présente pour son conjoint. Elle dit avoir fait beaucoup pour qu'il puisse se reposer et guérir mais, à un moment donné, elle a décidé de s'occuper plus d'elle-même. Par exemple, elle fait maintenant de l'activité physique deux fois par semaine et elle sort avec des amies au moins une fois par semaine. Daniel voudrait qu'elle soit plus souvent à la maison et cela crée des conflits entre eux. De plus, Louise trouve que Daniel devrait faire plus de tâches domestiques au lieu de passer ses journées à regarder la télévision. Selon elle, cela ne pourrait que lui faire du bien de s'activer un peu plus et cela la déchargerait, elle qui, en plus de son travail de secrétaire à temps plein, se charge des travaux ménagers. Ceci aussi est une source de conflits. Enfin, Louise trouve que Daniel ne lui donne pas beaucoup de soutien émotionnel, alors que lui en demande beaucoup ; ainsi, lorsqu'elle rentre du travail, elle aimerait

qu'il s'informe de ce qu'elle vit au travail, ce qu'il ne fait pas spontanément. Toutefois, elle se demande si Daniel évite un tel sujet à cause des problèmes qu'il a lui-même connus au travail. Puis, elle remarque qu'elle a elle-même de la difficulté à parler de ses émotions.

Une fois les principales raisons de la consultation clarifiées, le thérapeute peut s'informer de certaines expériences antérieures des conjoints, en particulier les caractéristiques de leur famille d'origine et de leur éducation et l'histoire de leur relation. Le fait d'explorer les expériences antérieures en entrevue individuelle permet de comprendre les perceptions de chaque partenaire et de vérifier si leurs perceptions concordent ; cet examen des événements antérieurs pourra être très utile au cours des rencontres de thérapie de couple, comme nous le verrons dans le chapitre sur l'intervention. L'analyse des expériences antérieures permet souvent de développer des hypothèses intéressantes sur des facteurs qui influencent actuellement les relations de couple, comme :

- les attentes et les attitudes actuelles en rapport avec la relation de couple, lesquelles peuvent provenir des modèles parentaux de chacun des partenaires et de l'éducation reçue par chacun ;
- les façons habituelles de résoudre les conflits et les problèmes ;
- les événements qui pourraient rendre la relation plus satisfaisante, par exemple en analysant les caractéristiques des périodes où les conjoints sont plus satisfaits – vacances, plus de contacts avec les amis, etc. – et en identifiant ce qui a rendu la relation attrayante à ses débuts ;
- le type de renforcements qui forme la base de la relation (en analysant, par exemple, si la relation a débuté sur une base de renforcement mutuel ou plutôt sur une base d'évitement du contrôle parental ou de la solitude).

Il faut ajouter à cela que des événements antérieurs, en particulier des événements très perturbants, peuvent être très présents dans la pensée d'une personne et influencer ses comportements. Par exemple, Dorothée a été harcelée sexuellement par un cousin durant sa jeunesse ; alors, des images de ces incidents lui reviennent lorsque son conjoint l'approche, de sorte qu'elle manifeste souvent des comportements d'évitement.

L'analyse des événements antérieurs peut non seulement améliorer l'évaluation, mais il semble qu'elle peut aussi présenter une valeur thérapeutique. Ainsi, Revenstorf (1984) considère que l'analyse d'événements antérieurs permet d'augmenter la motivation à changer et de diminuer les sentiments de culpabilité. Il n'est pas rare, en effet, de voir en thérapie que la prise de conscience de l'influence d'événements antérieurs sur le comportement actuel amène la personne à diminuer des sentiments de culpabilité, qui semblaient nuire au changement. Jacobson et Christensen (1996) utilisent également l'exploration d'événements antérieurs pour faciliter l'acceptation mutuelle.

Tania rapporte que, dans sa famille d'origine, on ne parlait pas beaucoup de ses émotions, alors que Julien indique qu'il ne recevait pas beaucoup de soutien de la part de ses parents lorsqu'il rencontrait des difficultés. La connaissance de ces différences pourra être utile plus tard dans l'intervention si le thérapeute veut favoriser l'acceptation en reformulant un conflit en termes de différences normales entre les conjoints étant donné qu'ils ont vécu des expériences très différentes et marquantes dans leurs familles respectives, une procédure suggérée par Jacobson et Christensen (1996). D'autres questions sur leur famille d'origine peuvent apporter des informations importantes : comment était la relation de couple de leurs parents ? La relation avec leur père ? La relation avec leur mère ? La relation avec leurs frères et sœurs ?

Pour mieux connaître l'histoire de leur relation de couple, le thérapeute peut poser les questions suivantes : dans quel contexte les conjoints se sont-ils rencontrés ? Comment se sont passées leurs premières fréquentations ? Qu'est-ce qui les a attirés chez l'autre ? Comment sont-ils arrivés à la décision de vivre ensemble ? Qu'est-ce qui est différent dans leur relation actuellement par rapport à l'époque où ils n'avaient pas de problèmes ? Qu'y aurait-il de différent dans leur relation s'ils n'avaient pas les problèmes actuels ? Le thérapeute peut également s'informer des relations de couple antérieures ; cela permet de voir, par exemple, si des patterns de comportements se répètent ou si des problèmes non résolus dans les relations antérieures se répercutent sur la relation actuelle.

Lorsque le thérapeute a demandé à Gabrielle ce qui l'avait attirée chez Antoine au début de leur relation, elle a répondu sans hésitation qu'elle avait beaucoup apprécié sa franchise et son honnêteté. Mais aujourd'hui, il arrive qu'elle n'aime pas du tout son franc-parler parfois brutal. Par conséquent, une des caractéristiques d'Antoine qu'elle estimait peut maintenant la déranger. Il arrive souvent qu'un conjoint considère comme aversif un comportement qu'il considérait comme une qualité dans les premiers temps de leur relation. À ce propos, Jacobson et Christensen (1996) font remarquer qu'en thérapie de couple, on peut favoriser la tolérance face à un comportement aversif d'un conjoint en relevant le fait que la personne a déjà considéré que ce comportement comportait des aspects très positifs.

Buts des entrevues individuelles

Le but principal des entrevues individuelles consiste à obtenir le point de vue de chacun des conjoints, sans que la dynamique du couple vienne en perturber ou en modifier l'expression. Plusieurs conjoints en conflit auront plus de facilité à parler de leurs émotions, de leurs

pensées, de leurs comportements et de leur perception de l’autre dans une rencontre individuelle avec le thérapeute, car ils ne craignent pas d’offenser l’autre ou d’entendre ses répliques acerbes. Par ailleurs, certains comportements se manifesteront plus clairement en entrevue de couple qu’en entrevue individuelle ; ainsi, des conjoints se montreront beaucoup plus gentils en entrevue individuelle avec le thérapeute qu’en présence de leur conjoint.

Le thérapeute peut aussi avoir comme but des entrevues individuelles de commencer le processus de changement. Il arrive souvent que des partenaires en détresse trouvent plus facile de s’engager à modifier des comportements en l’absence de l’autre et de commencer à le faire sans en parler à l’autre. En effet, pour certains conjoints, reconnaître devant l’autre qu’ils peuvent faire des progrès et qu’ils ont donc une responsabilité par rapport à leurs problèmes conjugaux peut être humiliant. Par ailleurs, si le processus de changement a débuté au cours des entrevues individuelles, il pourra plus facilement se poursuivre lors des entrevues de couple. Par exemple, le thérapeute peut suggérer à une conjointe de faire une activité agréable avec son partenaire ou de lui montrer son appréciation. Ainsi, il peut vérifier si les conjoints répondent positivement à ses suggestions sur le plan comportemental ou sur le plan cognitif. Certaines personnes répondent mieux à des procédures cognitives et d’autres, à des procédures comportementales. Il peut être très précieux de recueillir de telles informations dès la période d’évaluation prétraitement. De plus, une telle façon de procéder permet d’augmenter la motivation des gens, parce qu’ils se sentent déjà impliqués dans une démarche thérapeutique.

Aider les conjoints à préciser leurs objectifs

La plupart du temps, les couples arrivent en thérapie avec des plaintes globales et n’ont pas une conception précise des changements qui amélioreraient leur relation. Ils ont généralement de la difficulté à identifier ce qu’ils devraient faire différemment. Ils sont insatisfaits d’un ensemble d’interactions plutôt que d’un événement isolé. Enfin, ils n’ont pas d’idées claires en ce qui concerne l’enchaînement complexe des événements dans leurs interactions. Chacun des conjoints a donc besoin d’apprendre à préciser quels sont les comportements de l’autre qui lui plaisent ou lui déplaisent, au lieu d’attribuer les problèmes du couple aux caractéristiques de la personnalité de l’autre (« Il n’est pas attentif à mes besoins », « Il est égoïste », etc.). De plus, il est nécessaire que chacun sache spécifier les comportements qu’il désire lui-même acquérir pour améliorer la relation conjugale.

Les couples en difficulté sont très souvent préoccupés par les événements négatifs et ne portent que peu d’attention aux événements

agréables. Il est donc important d'aider les conjoints à identifier ces derniers. Il est plus facile et plus efficace à long terme de renforcer et d'augmenter la fréquence d'un comportement plaisant que de punir et de diminuer la fréquence d'un comportement déplaisant ou que de tenter de modifier un trait de caractère.

Une façon très simple d'amener les conjoints à une plus grande précision consiste à leur poser des questions qui les aident à clarifier leur pensée et à diminuer les plaintes vagues. Par exemple, on peut leur demander : pouvez-vous donner un exemple récent de cela ? Pouvez-vous indiquer ce que vous souhaitez qu'il ou elle fasse dans telle situation ? Pourriez-vous donner un exemple concret de ce que vous aimeriez qu'il (elle) fasse ou qu'il (elle) dise dans cette situation ?

Lorsque les conjoints arrivent à donner un exemple concret et récent de ce qui les dérange, il peut être utile de leur faire préciser les détails de l'interaction : l'endroit où ça s'est passé, comment ça a commencé, qui a dit quoi ou fait quoi à qui, etc. Cela permet, tant aux conjoints qu'aux thérapeutes, de mieux comprendre les relations causales dans les séquences d'interactions, et d'identifier ce qui suscite et renforce les comportements plaisants et déplaisants.

Prenons un exemple : Jeanne et Olivier sont mariés depuis 15 ans. Voici comment s'est déroulée une partie de la première rencontre individuelle avec Jeanne :

Jeanne : Je trouve qu'Olivier est distant et renfermé. J'ai de la difficulté à savoir ce qu'il pense, ce qu'il ressent.

Thérapeute : Pouvez-vous me donner un exemple récent de cela ?

Jeanne : Oui, samedi dernier, on se préparait à aller au restaurant et il mettait une chemise que je trouve particulièrement laide. Je lui ai dit : « Ne mets pas cette affreuse chemise bigarrée avec ton beau pantalon bleu. Mets plutôt la belle chemise bleue que je viens de te donner en cadeau. » Il ne m'a pas répondu et il a continué à prendre son apéro. Alors, je lui ai dit : « C'est incroyable ce que tu n'as pas de goût. » Il m'a dit : « Ça doit être pour ça que je t'ai choisie. » Je lui ai tout simplement dit : « Salaud ! Je veux seulement t'aider. » Alors, on ne s'est pas adressé la parole du reste de la soirée. Ce n'est pas très gai de passer la soirée avec quelqu'un qui ne parle pas. On a eu l'air vraiment bizarre au restaurant.

Thérapeute : Si je comprends bien, il n'a pas répondu à votre suggestion de changer de chemise, probablement parce qu'il se sentait insulté. Vous avez alors insisté en lui disant qu'il n'avait pas de goût. Il s'est senti encore plus insulté et il vous a insultée à son tour, de sorte que vous vous êtes boudés pendant toute la soirée.

Jeanne : C'est ça.

Thérapeute : Ça se passe souvent comme ça ?

Jeanne : Très souvent.

Thérapeute : Dans une situation comme ça, c'est comme si vous étiez pris dans un cercle vicieux où chacun répond à une remarque négative par une autre remarque négative et vous n'arrivez pas à sortir de ce cercle.
Jeanne : C'est ça.
Thérapeute : C'est ce que nous appelons une « escalade conflictuelle ». C'est une difficulté que plusieurs couples rencontrent. Nous explorerons à un moment donné comment éviter ce genre d'escalades.

En identifiant ainsi une suite d'événements qui conduisent fréquemment à des insatisfactions, le thérapeute favorise une compréhension des difficultés en termes de séquences d'interactions. Il indique alors qu'il sait comment éviter ces difficultés et qu'il verra avec eux comment y arriver.

Il est certainement souhaitable que les partenaires comprennent la causalité circulaire de leurs interactions, c'est-à-dire comment le comportement d'une personne est à la fois une conséquence du comportement antérieur de l'autre et un stimulus discriminatif pour le comportement suivant. Ainsi, chacun d'eux saisit par quel processus il contribue à rendre une interaction plaisante ou déplaisante. Cela peut éventuellement avoir pour effet de diminuer les blâmes réciproques et disposer les partenaires à explorer des façons d'interagir qui répondraient davantage à leur besoin d'avoir une relation conjugale plus satisfaisante.

Les premiers progrès

Il arrive souvent que, dès les premières entrevues, des conjoints rapportent avec étonnement que leur situation s'est améliorée. Est-ce dû au fait que le thérapeute a fait des suggestions de changement ou que la période d'évaluation les amène à réfléchir à leur situation ? Ou encore le changement est-il lié au simple fait d'avoir fait une démarche pour s'engager dans une thérapie de couple ? Quoi qu'il en soit, ces progrès soudains permettent de prédire un plus grand succès thérapeutique, comparativement à un progrès plus lent, selon l'étude récente de Greenfield et Haaga (2009). Il est donc important que le thérapeute manifeste une approbation chaleureuse devant ces progrès et fasse en sorte que les conjoints s'en attribuent la responsabilité. Cette façon de procéder contribuera à ce que les conjoints maintiennent leur motivation et établissent une relation thérapeutique positive.

Nombre d'entrevues individuelles

Généralement, on fait entre deux et quatre entrevues individuelles, mais il peut arriver qu'on n'en fasse aucune. Ainsi, lors de la première rencontre avec Hélène et Joseph, Hélène a dit qu'elle ne voyait pas l'intérêt de faire des entrevues individuelles, étant donné qu'ils sont déjà

parfaitement d'accord sur le motif de la consultation et qu'ils sont très francs l'un envers l'autre. Elle a ajouté qu'ils n'ont aucune difficulté à se parler ouvertement de leurs difficultés, mais qu'ils n'arrivent pas à trouver de solutions. Le thérapeute a alors accepté de passer immédiatement aux entrevues en couple.

Il se peut également que l'on ne fasse qu'une entrevue individuelle et que l'on ne fasse pas de thérapie parce qu'il devient évident pour le thérapeute que ce ne serait pas indiqué. Ainsi, quand Rachel et Lucien se sont présentés à leur premier rendez-vous, Rachel a insisté pour que Lucien soit le premier à rencontrer le thérapeute. Lucien lui a révélé que Rachel l'avait quitté 3 semaines auparavant et qu'il voulait qu'elle revienne vivre avec lui. Par la suite, dans l'entrevue individuelle avec le thérapeute, Rachel a présenté un tout autre point de vue : elle était maintenant avec un autre homme qu'elle aimait et il n'était pas question pour elle de retourner avec Lucien. Elle a accepté de venir rencontrer le thérapeute parce que Lucien l'en a supplié. Le thérapeute a alors rencontré Rachel et Lucien ensemble pour leur dire qu'il n'était pas souhaitable de faire une thérapie de couple quand l'un des conjoints ne veut pas continuer à vivre dans cette relation de couple. Puis, il a offert à Lucien de le rencontrer en thérapie individuelle, ce que celui-ci a refusé.

Il peut arriver qu'avec certains couples, il soit nécessaire de faire plus de quatre entrevues individuelles, notamment s'il y a déjà eu de la violence physique légère. Dans notre expérience, les couples où il y a de la violence grave se présentent très rarement en thérapie de couple, du moins en cabinet privé. En revanche, les recherches indiquent qu'entre 50 et 70 % des couples qui demandent une thérapie de couple rapportent au moins un épisode d'agression physique au cours de la dernière année (Rathus & Feindler, 2004). Toutefois, chez les couples en thérapie, 86 % des agressions sont réciproques, les deux partenaires faisant usage d'une agression physique légère (Cascardi et al., 1992). S'il y a violence grave, les auteurs sont unanimes à considérer qu'il faut alors refuser de faire de la thérapie de couple, principalement parce que la discussion des difficultés conjugales pourrait susciter des émotions négatives, de la colère et de l'agressivité (Holtzworth-Munroe et al., 2002). Il est alors préférable de diriger les conjoints vers des organismes spécialisés dans le domaine de la violence conjugale.

L'agression physique légère se caractérise par le fait qu'elle est réciproque, d'une gravité et d'une fréquence légères à modérées, ne cause pas de blessures sérieuses, ne fait pas peur à la victime et ne la met pas en danger. Malheureusement, à notre connaissance, il n'existe pas de données permettant de prédire si la violence légère va s'intensifier au point de conduire à de la violence grave et dangereuse. On peut donc considérer que toute violence physique, même légère, est un problème

important et mérite toute notre attention. Si, dans les entrevues d'évaluation, le thérapeute a l'impression qu'il y a une forme d'abus psychologique, comme des tentatives de contrôler ou d'isoler l'autre, des menaces, de l'humiliation ou de la jalousie, il y a lieu d'aborder directement le sujet et de demander s'il y a déjà eu de la violence physique entre eux. Si c'est le cas, il est pertinent de poursuivre l'analyse des situations où s'est produite l'agression, d'identifier les situations à risque, de faire un plan de sécurisation et d'indiquer très clairement aux conjoints que la violence physique, même légère, est inacceptable et table et qu'il n'est pas souhaitable de poursuivre une thérapie de couple s'il y a manifestation de violence. Le thérapeute demande alors aux deux conjoints de s'engager à l'informer de toute forme de violence physique qui pourrait survenir. De plus, il s'assure qu'ils sont convaincus qu'il n'y aura pas de violence physique avant de commencer la thérapie de couple.

Préparation à la thérapie

Nous avons indiqué précédemment que la relation thérapeutique commence dès le premier contact. De même, la période d'évaluation prétraitement ne peut être dissociée du traitement. Dès les premières entrevues, un des principaux buts du thérapeute consiste à préparer les conjoints à la thérapie et au changement. Il doit voir à ce que leur motivation à changer soit suffisamment grande pour qu'ils fassent les efforts nécessaires pour modifier leurs comportements ou accepter les différences. La motivation à changer constitue un aspect très important en thérapie de couple, comme dans toute forme de thérapie.

On peut avoir à travailler sur la motivation à n'importe quel moment de la thérapie, mais c'est surtout au début qu'on doit s'y attarder. Comment fait-on, concrètement, pour identifier, accroître et maintenir la motivation à changer ? À cet égard, on peut considérer qu'il y a deux postulats de base :

1. *il est important que les conjoints perçoivent le thérapeute comme quelqu'un qui veut et qui peut les aider à modifier la situation insatisfaisante ;*
2. *il est tout aussi important que chacun des conjoints trouve son intérêt dans un changement de la situation et soit ainsi motivé à faire les efforts nécessaires pour permettre ce changement.*

Développement d'une relation thérapeutique

Le maintien de la motivation à changer dépend en partie de la qualité de la relation entre le thérapeute et ses clients. Une relation positive favorise la persistance de la motivation. Il est plus facile de créer un tel lien si le thérapeute est compréhensif, chaleureux, authentique et empathique dès les premières entrevues. Ce que l'on appelle l'« écoute

active » résume ces différentes qualités du bon thérapeute. Au moment où se crée la relation thérapeutique, il est particulièrement important que le thérapeute sache écouter et paraphraser de façon empathique les points de vue de chacun des conjoints, dans un esprit ouvert au contexte et de non-jugement moral. Attention aux expressions péjoratives qui pourraient sembler accusatrices vis-à-vis de l'un ou l'autre des conjoints et compromettre irrémédiablement la relation.

L'ouverture au contexte ou aux conditions environnementales dans lesquelles vivent les conjoints implique, pour le thérapeute, d'être informé des réalités particulières que vivent certains couples ; nous pensons, par exemple, aux couples qui vivent en famille recomposée[3] ou qui font partie de minorités sexuelles[4]. Lorsque le thérapeute connaît mal ces réalités, les conjoints peuvent percevoir le thérapeute comme incompréhensif, peu à l'écoute et même incompétent.

Encouragement des attentes favorables au changement

Un autre point important pour préparer les clients[5] au changement consiste à restructurer leurs attentes. Quand des conjoints se présentent pour la première fois en thérapie, ils ont parfois l'impression que le thérapeute fera tout le travail pour eux et que leur seule obligation consiste à être présents aux entrevues hebdomadaires. Il est alors important de leur indiquer que la thérapie est un travail de collaboration, que nous allons leur demander de faire des choses quotidiennement et que la thérapie ne se limite pas à l'heure pendant laquelle ils sont en présence d'un thérapeute. De plus, le thérapeute incite chaque conjoint à se centrer sur les changements qu'il peut apporter dans son propre comportement plutôt que sur les changements qu'il attend de son partenaire. Chacun doit s'efforcer de trouver quels comportements peuvent lui permettre d'améliorer la satisfaction de chacun (de son partenaire et de lui- ou elle-même) dans la relation. À notre avis, la meilleure façon de susciter des attentes favorables

3. Lire, par exemple, Parent et al., 2007.
4. Les ouvrages suivants constituent un excellent point de départ : Deacon et al. (1996), Martell et al. (2004), Pachankis & Goldfried (2004), Tremblay et al. (2008).
5. L'influence considérable des approches systémique et rogérienne au milieu du XX[e] siècle en Amérique du Nord a amené de très nombreux psychothérapeutes nord-américains à désigner les personnes qui les consultent comme étant des « clients » plutôt que des « patients ». Cela est apparu particulièrement important en thérapie de couple où l'on veut éviter que les conjoints se perçoivent comme « malades ». Soulignons par ailleurs que le *Grand Robert* (version électronique) considère les termes « patient », « client » et « malade » comme des synonymes.

au changement consiste à proposer individuellement à chacun des conjoints d'expérimenter de nouveaux comportements dès la période d'évaluation prétraitement.

Dans une phrase célèbre, l'ancien président des États-Unis, John Kennedy, disait : « *Ne vous demandez pas ce que votre pays peut faire pour vous ; demandez-vous plutôt ce que vous pouvez faire pour votre pays.* » De même, le thérapeute de couple doit arriver à faire passer subtilement le message suivant : « Ne vous demandez pas ce que votre relation peut faire pour vous ; demandez-vous ce que vous pouvez faire pour votre relation. » Certains thérapeutes expliquent ces différents points de façon formelle dès le début de la thérapie. Par exemple, Jacobson et Margolin (1979 ; Jacobson, 1984) font en sorte que les conjoints s'engagent à se centrer sur leur propre façon d'agir plutôt que sur celle de l'autre, avant même de commencer la thérapie de couple proprement dite. Ils ne commencent pas la thérapie avant d'avoir obtenu cet engagement. Il est ensuite plus facile de renforcer cette règle au cours de la thérapie en rappelant aux conjoints leur engagement.

Quant à Fruzzetti (2008), il abonde dans le même sens en montrant l'importance pour chaque conjoint de maintenir son état d'équilibre émotionnel pour aider à améliorer la relation. Plutôt que de fuir ou d'éviter les émotions négatives, chacun doit en prendre conscience, rester présent à ce qu'il vit en gardant une *attitude de non-jugement* tant envers soi qu'envers le partenaire. En présentant ce rationnel, le thérapeute incite donc les conjoints à poser des gestes concrets pour amorcer des changements.

Récemment, nous avons procédé de cette manière auprès de conjoints particulièrement « explosifs ». Les conflits entre ces deux personnes prenaient généralement l'allure d'une véritable tragédie grecque. Lorsque nous leur avons demandé de « prendre le temps » d'observer ce qui se passait avant de réagir, d'être comme un scientifique qui examine ce qui se passe, sans porter de jugement, Michel a souri et a dit : « J'aime ça. Je vais m'imaginer que je porte un grand sarrau blanc de laboratoire et ça va m'aider à rester calme. » Certains aiment bien associer la procédure de pleine conscience à une attitude de chercheur, d'autres, à une pratique zen. Nous encourageons ces associations, car lorsqu'un client associe ainsi une procédure thérapeutique à une image qui lui plaît, on peut croire qu'il la retiendra plus facilement et l'utilisera.

En somme, le fait de clarifier, dès le début d'une thérapie, les rôles et les responsabilités de chacun ne peut que faciliter le processus de la thérapie. De façon générale, il nous apparaît plus efficace et moins lourd de faire une telle clarification en présentant aux conjoints un texte écrit (Annexe 1) plutôt que de le faire verbalement au cours de l'entrevue initiale.

Annexe 1

Introduction à la thérapie de couple (Informations pour les conjoints)

Jean-Marie Boisvert, Madeleine Beaudry

C'est peut-être la première fois que vous rencontrez un thérapeute conjugal et il est possible que cela vous inquiète et vous semble même un peu mystérieux. Vous vous demandez sans doute ce qui va se passer au cours de ces entrevues, si les efforts que cela vous demandera vous apporteront vraiment l'aide que vous en attendez. Et même si vous avez déjà été en thérapie de couple, il est tout à fait possible que nous procédions d'une manière différente des autres thérapeutes que vous avez connus. Ce texte a donc pour but de répondre à quelques-unes de vos questions. Toutefois, s'il ne vous apparaît pas tout à fait clair ou si vous avez d'autres questions, n'hésitez surtout pas à nous en parler dès la prochaine entrevue.

L'évaluation

Les premières entrevues que nous ferons ensemble seront consacrées à l'évaluation. Nous devons d'abord vous connaître et savoir quelles sont les difficultés que vous rencontrez actuellement, comment elles sont apparues et se sont développées jusqu'à aujourd'hui. Il est important aussi pour nous de connaître quels sont les points forts et les qualités que vous reconnaissez chez votre conjoint et chez vous-même et que vous avez peut-être oubliées avec le temps.

Les questionnaires

Pour mieux connaître votre situation de couple, nous utilisons beaucoup de questionnaires. Plusieurs couples nous ont dit qu'ils aimaient remplir ces questionnaires parce que cela les aidait à préciser les sujets de mésentente, à voir plus clairement les points faibles de même que les points forts et les encourageait aussi à faire immédiatement des efforts pour modifier certaines choses.

Quant à nous, vos réponses à ces questionnaires nous fourniront rapidement les informations qui nous sont nécessaires pour orienter la thérapie. Cela nous permettra aussi de vérifier par la suite jusqu'à quel point la thérapie vous apporte vraiment quelque chose. Aussi, après quelques rencontres, il est possible que nous vous demandions d'en remplir d'autres.

Cependant, il se peut que vous trouviez cela ennuyeux de les remplir. Il est même possible que vous éprouviez de la difficulté à le faire. Si tel est le cas, dites-le nous et nous verrons comment vous aider à répondre à l'essentiel.

Les entrevues individuelles

Les premières entrevues seront des rencontres individuelles avec chacun de vous. Ces entrevues individuelles nous permettront de mieux connaître le point de vue de chacun, avant d'entreprendre la thérapie, et également de discuter avec chacun de vous de ce que vous êtes prêt(e) à faire pour améliorer votre relation de couple. Par la suite, les entrevues seront conjointes, c'est-à-dire que vous y participerez tous les deux, sauf exception très rare.

Les résultats de l'évaluation

Une fois la période d'évaluation terminée, nous en analyserons brièvement les résultats avec vous et nous essayerons d'examiner ensemble si la thérapie de couple peut vraiment vous aider. Nous essayerons alors de vous donner une première idée de ce que nous pouvons vous proposer pour améliorer votre relation. Par la suite, vous pourrez décider tous les deux si vous voulez vous engager dans cette thérapie.
Toutefois, il faut dire qu'en un certain sens, l'évaluation continue tout au long de la thérapie et qu'il y aura d'autres moments où nous nous poserons cette même question et où nous nous demanderons ensemble s'il n'y a pas lieu de changer notre façon d'agir pour arriver à rendre votre situation de couple plus agréable pour vous deux. Il y aura peut-être aussi des moments où nous regarderons tous ensemble vos réponses aux différents questionnaires pour les analyser davantage (à moins, bien sûr, que vous préfériez que seul le thérapeute connaisse vos réponses aux questionnaires).

La thérapie

Notre expérience en thérapie de couple, de même que les recherches scientifiques qui portent sur les problèmes de couple, nous ont appris que les couples qui sont insatisfaits de leur relation présentent la plupart du temps trois types de difficultés importantes :

- ils n'arrivent plus à communiquer ensemble d'une manière qui soit satisfaisante pour eux et cela les empêche de trouver des façons de régler leurs problèmes d'une façon efficace ;
- ils ne passent plus beaucoup de moments agréables ensemble et ne trouvent pas les moyens de se plaire l'un à l'autre ;
- ils ont de la difficulté à accepter certains comportements de l'autre.

Nous travaillerons probablement beaucoup sur ces trois types de difficultés et nous essayerons de trouver ensemble comment vous pouvez amener des changements dans votre vie de couple ou arriver à mieux accepter l'autre. Il est très important pour vous de comprendre que finalement, c'est vous deux qui ferez les changements dans votre vie de tous les jours. Nous n'hésitons pas à dire que la thérapie se fera beaucoup plus dans votre vie quotidienne que dans les 60 minutes que nous passerons ensemble chaque semaine. Ces rencontres serviront à trouver

ce que vous pouvez changer pour avoir une vie de couple plus agréable. Mais elles ne seront utiles que si chacun d'entre vous prend la responsabilité de changer sa façon d'agir avec l'autre chaque jour et, ceci est très important, sans reprocher à l'autre de ne pas faire suffisamment d'efforts. Sur ce plan, c'est chacun pour soi !

Les exercices quotidiens

Afin de vous aider à faire ces changements quotidiens, nous vous suggérerons souvent de faire des activités ou des exercices particuliers. À notre avis, ces exercices sont au cœur de la thérapie. La réussite d'une thérapie dépend beaucoup du fait que chacun des conjoints s'applique à les faire et à les réussir.

Chaque fois que nous vous proposerons de tels exercices, nous vous expliquerons pourquoi nous vous suggérons de les faire. Mais, si vous avez des réticences à faire certains de ces exercices ou si vous n'en comprenez pas le pourquoi, n'hésitez pas à nous en parler et nous en discuterons ensemble davantage pour mieux nous comprendre. Par ailleurs, si vous trouvez ces exercices trop difficiles ou si vous prévoyez ne pas avoir le temps de les faire, dites-le nous et nous verrons ensemble comment les améliorer ou les modifier pour tenir compte de votre situation.

La préparation des rencontres

Il serait bon que vous prépariez nos rencontres en pensant à l'avance aux thèmes que vous souhaitez aborder. Si vous décidez à l'avance des sujets dont vous voulez parler, nos rencontres seront probablement plus fructueuses. Par ailleurs, il pourra arriver que nous vous proposions nous-mêmes un thème ou un exercice.

Questionnaires

Pour faciliter l'évaluation des conjoints qui demandent une thérapie de couple, il y a lieu d'avoir au moins une mesure de la satisfaction conjugale et un questionnaire permettant d'identifier les principaux domaines conflictuels. Nous avons l'habitude d'utiliser également une mesure de la dépression ou du bien-être psychologique, un questionnaire portant sur la perception de la communication dans le couple, une mesure de la satisfaction sexuelle et un questionnaire sur les changements désirés. Nous avons déjà publié dans notre livre *Psychologie du couple* (Beaudry & Boisvert, 1988) les questionnaires que nous utilisons pour faire l'évaluation des relations de couple, de même que leur clé de correction. Depuis, nous avons ajouté un questionnaire qui mesure la satisfaction conjugale d'une façon très spécifique (Schumm et al., 1986) et que nous

avons validé dans notre laboratoire (Migneault et al., 2002) ; il s'agit de l'Échelle Kansas de la satisfaction conjugale (pour plus de détails sur les références, reportez-vous à l'Annexe des questionnaires à la fin de l'ouvrage).

Plusieurs couples qui consultent forment une famille recomposée. Il peut alors être important d'évaluer leurs difficultés spécifiques en utilisant le Questionnaire sur les difficultés vécues par les couples de familles recomposées (Beaudry et al., 2001) (pour plus de détails sur les références, reportez-vous à l'Annexe des questionnaires à la fin de l'ouvrage).

La plupart des questionnaires dont il est question ici sont suffisamment neutres ou universels quant à l'orientation sexuelle pour être utilisés avec tous les types de couples et ceux qui ne le sont pas peuvent facilement être adaptés en modifiant quelques expressions. Pour les couples lesbiens, gais ou bisexuels, plusieurs questionnaires en anglais sont disponibles[6] pour évaluer le degré d'homophobie intériorisée. Il existe aussi quelques questionnaires validés en français[7]. Il convient toutefois de faire une mise en garde concernant l'utilisation de ces questionnaires en clinique. Comme la majorité des couples lesbiens, gais ou bisexuels ne consultent pas pour une problématique d'orientation sexuelle, il est préférable de limiter au minimum le nombre de questions sur ce thème pour éviter de donner l'impression que le thérapeute y voit un problème. Bien souvent, le degré de confort avec l'orientation sexuelle peut être évalué en faisant l'historique relationnel de la personne durant les entrevues individuelles.

Si on demande aux conjoints de répondre à plusieurs questionnaires, ils n'auront peut-être pas suffisamment de temps pour les remplir lors des rencontres d'évaluation prétraitement. Alors, on peut leur demander de les remplir à la maison, tout en leur demandant de ne pas se consulter et de ne pas regarder les réponses de l'autre pour le moment ; nous aurons l'occasion de le faire plus tard en entrevue. Il est alors possible de leur demander de nous les retourner remplis avant la rencontre suivante.

Lors de la dernière rencontre individuelle, pendant que nous rencontrons un des conjoints, nous demandons à l'autre de faire la lecture de notre texte sur les « Principes de la communication » et de répondre au Questionnaire d'auto-évaluation de la communication (Annexe 2).

---

6. Voir Szymanski et al. (2010) pour une analyse de six d'entre eux.
7. Tremblay et al. (2008, pp. 407-408) les présentent brièvement.

Annexe 2

Principes de la communication et questionnaire d'auto-évaluation

Jean-Marie Boisvert, Madeleine Beaudry

Voici quelques comportements verbaux que plusieurs chercheurs considèrent comme nécessaires quand on veut établir une bonne communication avec une autre personne.

Je m'exprime

Je dis clairement, précisément et brièvement ce que je pense et ressens

Une bonne communication entre deux personnes est claire et précise. Celui (celle) qui parle tente de clarifier le mieux possible ce qu'il (elle) veut dire. Il (elle) ne s'imagine pas que l'autre sait ce qui se passe dans sa tête ; il (elle) le lui dit de sorte que l'autre n'a pas à deviner. De plus, il (elle) s'explique brièvement et ne s'étend pas indéfiniment sur des détails inutiles.

J'exprime mes sentiments positifs

Des recherches montrent que les couples insatisfaits expriment beaucoup plus souvent leurs sentiments négatifs (colère, tristesse, peur, mépris, etc.) que leurs sentiments positifs (affection, intérêt, appréciation, joie, etc.). Il arrive que ces couples ne voient pas l'importance d'exprimer leurs sentiments positifs ou qu'ils soient plutôt gênés ou mal à l'aise de les exprimer. Ou encore, ils peuvent penser que l'autre les connaît déjà et qu'il n'est donc pas nécessaire de les lui répéter.

Pourtant, exprimer davantage ses sentiments positifs et manifester ouvertement son appréciation de l'autre peuvent susciter le rapprochement et l'intimité entre les conjoints. De plus, cela peut amener l'autre à être lui (elle) aussi plus agréable envers vous.

Vous pouvez exprimer vos sentiments positifs d'une façon verbale (en disant, par exemple, « J'aime ce que tu fais » ou « J'aime parler avec toi », etc.) ou d'une façon non verbale (par des sourires, une main sur l'épaule, des caresses, etc.). Il faut toutefois se souvenir que l'expression verbale est généralement plus claire que l'expression non verbale. Enfin, l'expression non verbale doit être en accord avec l'expression verbale (ne pas dire « Je t'aime » avec une expression non verbale qui exprime la colère).

Tous les couples, même les plus heureux, vivent des moments difficiles et ressentent parfois des émotions négatives. À ce propos, la recherche a montré un fait important qui peut faire réfléchir : un des éléments qui entraîne le plus de risques de conduire au divorce ou à la séparation, ce n'est pas la présence de sentiments négatifs, mais plutôt l'absence de sentiments positifs.

J'exprime mes sentiments négatifs d'une façon non accusatrice, mais directe et constructive

Certaines personnes pensent qu'exprimer franchement et directement ses sentiments, cela veut dire être agressif verbalement et accuser l'autre de ce qui nous dérange. Mais, c'est tout le contraire, car à ce moment-là on n'exprime pas ses sentiments, mais on exprime plutôt une accusation. Et ceci a généralement pour effet de provoquer un conflit plutôt qu'une explication claire et franche entre les personnes.

La réaction du conjoint par rapport aux sentiments que vous exprimez dépend beaucoup de votre façon de vous exprimer. Par exemple, Marie arrive en retard à la maison et Pierre lui dit : « Tu n'as pas pensé que je t'attendais pour dîner ? Tu ne tiens vraiment pas compte de moi. » À ce moment-là, Pierre n'exprime pas vraiment ce qu'il ressent, mais porte plutôt des accusations. Si Marie se sent accusée, elle sera portée à se défendre plutôt qu'à accepter les sentiments négatifs de Pierre.

Pour mieux exprimer ses sentiments dans cette situation, Pierre pourrait dire par exemple : « Je suis très ennuyé par ton retard et je ne me sens pas respecté (ou pas important) quand tu ne m'avertis pas à l'avance. » Cette façon de s'exprimer permet à l'autre de réagir au sentiment plutôt qu'à une opinion ou à une accusation. Il est beaucoup plus facile de réagir de façon empathique et non défensive à l'expression d'un sentiment qu'à celle d'une accusation.

Ou encore, si vous dites à quelqu'un « J'apprécie beaucoup les attentions que tu me portes », vous exprimez vos sentiments plus directement que si vous dites « Tu es quelqu'un d'attentionné ».

En général, les phrases qui expriment le plus directement les sentiments sont celles qui commencent par « je » ou par « cela me », au lieu de commencer par « tu ». Par exemple, « Cela m'ennuie que tu travailles tard le soir » est plus direct que « Tu as pris la mauvaise habitude de travailler tard le soir ». Dans le premier cas, l'accent est mis sur le sentiment de celui ou celle qui parle et, dans le second cas, l'accent est mis sur l'accusation. Le fait de se sentir accusé(e) peut difficilement favoriser une relation interpersonnelle agréable. L'expression de sentiments négatifs d'une façon accusatrice peut facilement provoquer des querelles. Cela est cependant moins fréquent lorsque ces sentiments négatifs sont exprimés de façon directe, c'est-à-dire lorsque l'accent est mis sur le sentiment plutôt que sur l'accusation.

Nous employons souvent la forme accusatrice parce que nous ne sommes pas vraiment sûr(e)s d'avoir raison et parce que nous nous sentons obligé(e)s de justifier nos sentiments pour qu'ils soient acceptés. Malheureusement, c'est souvent le contraire qui se produit alors. L'expression indirecte et accusatrice empêche l'autre d'accepter nos sentiments négatifs et l'amène à répondre simplement à notre accusation d'une façon défensive.

La façon constructive et directe d'exprimer ses sentiments négatifs, comme ses sentiments positifs, consiste à dire : « Quand tu poses telle action précise dans telle situation précise, je ressens tel sentiment. » Cette formule représente un aspect fondamental d'une bonne communication et nous n'hésitons pas à recommander que vous l'appreniez par cœur et que vous vous exerciez très souvent à l'employer.

J'exprime mes demandes d'une façon constructive

Il ne suffit pas d'exprimer ses sentiments négatifs pour favoriser une bonne communication. Il est aussi très important de les transformer en suggestions positives pour faciliter la résolution des problèmes. Dans un premier temps, la personne peut dire comment elle se sent par rapport au comportement de son conjoint (expression non accusatrice de ses sentiments négatifs) et lui suggérer par la suite une alternative. Par exemple, Marie peut exprimer son sentiment négatif en disant : « Je me sens dévalorisée et peu importante pour toi, parce que tu ne me demandes jamais ce que j'ai fait durant la journée » et compléter l'expression de ce sentiment négatif par une suggestion positive, en disant par exemple : « J'aimerais que tu me demandes plus souvent ce que j'ai fait durant la journée et que je puisse ainsi partager avec toi des moments importants pour moi. »

Je demeure dans le sujet (je ne change pas de sujet)

Parfois, les problèmes et les besoins de chacun se sont accumulés et sont interreliés, de sorte que quand le couple discute d'un problème, il se trouve incapable de demeurer dans le sujet et passe continuellement à d'autres problèmes. Chacun(e) trouve un nouveau problème plus pressant dès qu'un premier problème est soulevé ; ainsi, aucun problème n'est réglé.

Une des façons de sortir du sujet consiste à parler du passé, en disant des phrases comme « Oui, mais toi tu as déjà fait telle chose… ». Ainsi, il arrive souvent que des gens parlent continuellement de ce qu'ils n'ont pas aimé dans le passé au lieu de parler de ce qu'ils pensent et ressentent par rapport au problème actuel. Ce n'est donc pas étonnant qu'ils n'arrivent pas à résoudre les problèmes présents.

Je respecte l'autre

Quand quelqu'un nous fait mal ou quand nous pensons qu'il (elle) va nous faire mal, nous avons souvent tendance à essayer de lui faire mal à notre tour ou de l'empêcher de parler. Cela détériore grandement la communication.

Plus nous sommes blessé(e)s ou plus nous pensons que nous allons l'être, plus il est difficile d'éviter de blesser à notre tour. Et pourtant, c'est au moment où nous sommes le plus insulté(e)s qu'il est le plus important de garder son calme et d'éviter d'offenser l'autre, si nous voulons éviter la mésentente et une escalade de conflits.

En résumé, le respect se manifeste par différents comportements :
- *pas d'insultes*. Au lieu d'insulter l'autre, il faut exprimer directement nos sentiments par rapport à sa façon d'agir (voir plus haut « J'exprime mes sentiments positifs ») ;
- *pas de compliments déguisés*. Cela peut nous apporter une satisfaction temporaire de dire : « Enfin, tu as fait quelque chose d'intéressant. Ça n'arrive pas souvent. » Mais une telle remarque n'encouragera certainement pas l'autre à refaire le même comportement et ne fera que le ou la rendre agressif(ve) ;
- *pas de sarcasmes*. C'est parfois tellement plus facile de dire « Je le savais bien. Tu ne comprends rien » que d'essayer de comprendre l'autre et de s'exprimer plus clairement. Mais, ce n'est certainement pas une bonne façon d'améliorer la communication avec l'autre ;
- *pas de remarques désobligeantes sur le passé ou sur le présent*. Souvent, cela nous soulage temporairement d'éviter de regarder franchement les difficultés actuelles et de dire des choses comme : « Je ne peux pas oublier la fois où tu m'as fait telle chose. Je ne te le pardonnerai jamais… » Mais parler des choses désagréables du passé ne fait souvent qu'empêcher de régler les problèmes actuels.

Souvenez-vous que le moment où il est le plus important d'être poli(e) et respectueux(se) envers l'autre, c'est quand l'autre est irraisonnable et impoli(e) ou quand nous pensons qu'il (elle) va l'être.

J'écoute

Je laisse l'autre parler

Une chose qui bloque la communication sans même que l'on s'en aperçoive, c'est quand chaque personne est tellement certaine d'avoir raison qu'elle pense que c'est une perte de temps d'écouter l'autre et lui laisse à peine le temps de parler et de terminer ses phrases.

J'écoute l'autre d'une façon active

Écouter l'autre d'une façon active, ça veut dire écouter de telle façon que l'autre voit que je m'intéresse à ce qu'il (elle) dit et est encouragé(e) à continuer à parler. Pour cela, il faut d'abord être attentif(ve) à l'autre, le ou la regarder et éviter les distractions. On peut aussi ajouter des signes de tête ou des phrases ou des questions brèves qui montrent notre intérêt et qui encouragent l'autre à continuer, par exemple, dire « Oui », « Hum, hum », « D'accord », « C'est intéressant », « Peux-tu m'expliquer ça davantage ? », etc.

Observez bien si votre façon de réagir à ce que dit l'autre semble l'encourager à continuer à s'exprimer. Il est possible que le fait que l'autre n'exprime pas beaucoup ses sentiments et ses points de vue dépende, en partie, du fait que vous ne l'écoutez pas d'une façon active.

Il est important de souligner que l'écoute se manifeste surtout d'une manière non verbale. Une recherche[8] a montré que les couples qui communiquent le mieux présentent les caractéristiques non verbales suivantes :

- le contact des yeux : ils gardent le contact des yeux de 65 à 90 % du temps pendant une discussion ;
- l'expression faciale : leurs expressions faciales sont plus en rapport avec le contenu de leur discussion (pas de sourires exagérés ou de froncements des sourcils inappropriés) ;
- les mouvements du corps : ils font plusieurs signes de tête pouvant exprimer de la compréhension, ont un mouvement du tronc vers l'avant pendant 25 % du temps de la conversation ; ils se tiennent à une distance de 30 à 70 cm l'un de l'autre, ont une posture ouverte : épaules orientées vers le partenaire, bras et jambes décroisés, mouvements des mains détendus, posture stable.

Ces comportements d'écoute favorisent le rapprochement et l'intimité. Il arrive à tout être humain d'avoir besoin de soutien, d'acceptation et de compréhension, ce que son partenaire peut lui apporter par une écoute attentive et empathique. Il s'agit pour ce dernier de « se mettre dans la peau de l'autre » pour tenter de le comprendre. Ce n'est donc pas le moment de donner des conseils ou de chercher des solutions. Il est important de ne pas s'acharner à faire de la résolution de problèmes lorsque l'autre désire tout simplement être écouté.

Je vérifie

La vérification est un élément fondamental de toute bonne communication. Dès qu'il y a mauvaise communication, on peut être presque certain qu'il n'y a pas de vérification. La vérification est en même temps une façon de s'assurer que l'on se comprend bien et un moyen d'encourager l'autre à s'exprimer davantage.

Je vérifie si j'ai bien compris ce que l'autre a dit

Nous avons trop souvent l'habitude de juger l'autre, de l'approuver ou de le désapprouver rapidement, surtout quand nous nous sentons très impliqué(e)s nous-mêmes émotivement, quand nous avons nous-mêmes un intérêt, évident ou caché, à ce que l'autre ait raison ou tort. Nous faisons cela presque automatiquement sans qu'il y ait nécessairement mauvaise volonté.

Celui (celle) qui veut favoriser une bonne communication s'assure qu'il (elle) a bien compris le message de l'autre et qu'il (elle) ne fait pas que deviner ce qui se passe dans la tête de l'autre. Il (elle) reprend ce que l'autre a dit et lui demande s'il (elle) a bien compris, dès que la

8. Joanning, H., Brewster, J., & Koval, J. (1984). The Communication Rapid Assessment Scale : development of a behavioral index of communication quality. *Journal of Marital and Family Therapy*, *10*, 409-417.

communication est un peu émotive et dès qu’il n’est pas évident qu’il (elle) a bien compris.
Cela vient rarement naturellement et il faut faire un effort particulier pour vérifier. On peut le faire en disant des phrases comme : « Si j’ai bien compris, tu veux dire telle chose. »

Je vérifie si l’autre a bien compris ce que j’ai dit

Pour améliorer la communication, il est très important pour moi de vérifier si l’autre a bien compris ce que j’ai voulu dire. Il est bon que je lui demande ce qu’il (elle) a compris de ce que j’ai dit, ce qu’il (elle) ressent ou croit devant ce que j’ai dit et ce qui lui fait croire ou ressentir cela dans ce que j’ai dit.
Certaines personnes ont l’impression que l’autre doute de leur capacité à comprendre lorsqu’elles se font demander ce qu’elles ont compris. Il est important de retenir qu’il arrive à tout le monde sans exception de mal interpréter les paroles de l’autre.

Je vérifie si l’autre pense ou ressent ce que je crois qu’il (elle) pense ou ressent

À mesure que nous connaissons une personne, nous sommes tenté(e)s de deviner ce qu’il (elle) pense ou ressent sans le lui demander. Cela peut conduire à une très mauvaise communication. On peut éviter cela en demandant directement à l’autre ce qu’il (elle) pense ou ressent. Il peut alors être bon d’indiquer à l’autre que nous ne sommes pas absolument certain(e) de le (la) comprendre, mais que nous le voulons, en employant des phrases comme « J’ai l’impression que tu veux dire… », « Tu me diras si je me trompe, mais il me semble que tu… », « Est-ce que tu veux dire que tu ressens… ». Ces phrases aident l’autre à s’expliquer plus clairement.
Il n’est pas toujours facile d’être précis dans l’expression de ce que l’on ressent. C’est donc très important d’encourager l’autre à être plus précis(e) dans l’expression de ses sentiments et à rattacher ces sentiments précis à des situations ou à des faits précis. Cela aide l’autre et vous-même à mieux comprendre les sentiments et les problèmes en question. Mais, pour y arriver, l’emploi de la vérification est souvent essentiel.

Je tiens compte de l’autre

Je vérifie les besoins de l’autre et je les respecte

Il est évidemment difficile pour quelqu’un de communiquer avec nous si nous ne tenons pas compte de ses besoins. Tenir compte des besoins de l’autre, cela veut dire reconnaître qu’ils existent et que l’autre a le droit d’avoir de tels besoins, mais cela ne veut pas dire que l’on s’engage à les satisfaire. Et, si l’on veut maintenir une bonne communication avec l’autre, cela apparaît particulièrement important quand l’autre semble incapable de tenir compte de nos propres besoins.

La vérification est une excellente façon de montrer à l'autre que nous voulons connaître et respecter ses besoins. On peut dire, par exemple, « Si je comprends bien, tu as besoin (ou tu aimerais) que… ». Quand je dis cela, je montre tout simplement à l'autre que je vois qu'il a certains besoins. Avoir des besoins n'est pas négatif et je le dis ; mais, comme nous l'avons déjà écrit plus haut, cela ne veut pas dire que je dois les satisfaire.

Je remarque le côté positif de ses comportements, de ses idées et de ses sentiments

Il est toujours plus facile de communiquer avec quelqu'un qui sait apprécier le côté intéressant de nos comportements, de nos idées et de nos sentiments. Il faut savoir exprimer directement (voir plus haut « J'exprime mes sentiments positifs ») autant ce que l'on aime que ce que l'on n'aime pas, si l'on veut maintenir une bonne communication avec l'autre.

Quand je suis d'accord avec l'autre, je le dis honnêtement

Se montrer toujours en désaccord avec l'autre conduit inévitablement à des mésententes. Il est donc particulièrement important de le dire quand nous sommes d'accord avec l'autre. Cela permet une meilleure communication et une résolution des problèmes plus rapide et plus facile.

Quand je ne suis pas d'accord avec l'autre, je reconnais quand même que son point de vue peut avoir du sens pour lui (elle)

Ce point est extrêmement important et peut être particulièrement difficile à appliquer. Quand nous ne sommes pas d'accord avec notre conjoint(e) et que cela nous blesse, nous ne sommes peut-être pas porté(e)s à reconnaître que ce qu'il (elle) dit ou demande a un sens pour lui (elle), que si nous étions à sa place nous ferions la même chose ou éprouverions les mêmes sentiments. Pourtant, si nous voulons éviter une escalade de conflits, il est très important non pas nécessairement d'être d'accord avec l'autre, mais de reconnaître que son point de vue peut avoir du sens pour lui (elle) et que s'il (si elle) dit telle chose, ce n'est pas par mauvaise volonté ou simplement pour nous ennuyer.

Questionnaire d’auto-évaluation de la communication

Nom :

Date :

Évaluez *votre propre comportement* en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous faites, selon vous, particulièrement dans des situations de désaccord ou de conflit avec votre conjoint ou conjointe. Le point 1 correspond à « Jamais », le point 9 à « Très souvent » et les autres points se situent entre « Jamais » et « Très souvent ».

Pour mieux comprendre ces différents items, n’hésitez pas à consulter le texte sur les « Principes de la communication » (ci-avant).

		Jamais					Très souvent			
1.1	Je dis clairement, précisément et brièvement ce que je pense et ressens.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.2	J’exprime mes sentiments positifs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.3	J’exprime mes sentiments négatifs d’une façon non accusatrice, mais directe et constructive.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.4	J’exprime mes demandes d’une façon constructive.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.5	Je demeure dans le sujet (je ne sors pas du sujet).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.6	Je respecte l’autre : pas d’insultes, de compliments déguisés, de sarcasmes, de remarques désobligeantes sur le passé ou le présent.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.1	Je laisse l’autre parler.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.2	J’écoute l’autre d’une façon active.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.1	Je vérifie si j’ai bien compris ce que l’autre a dit.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

		Jamais					Très souvent			
3.2	Je vérifie si l'autre a bien compris ce que j'ai dit.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.3	Je vérifie si l'autre pense ou ressent ce que je crois qu'il ou elle pense ou ressent.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.1	Je vérifie les besoins de l'autre et je les respecte.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.2	Je remarque le côté positif de ses comportements, de ses idées et de ses sentiments.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.3	Quand je suis d'accord avec l'autre, je le dis honnêtement.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.4	Quand je ne suis pas d'accord avec l'autre, je reconnais quand même que son point de vue peut avoir du sens pour lui ou pour elle.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Compte rendu de l'évaluation aux conjoints

Une fois l'évaluation terminée, le thérapeute rencontre les conjoints pour leur en donner un compte rendu et leur indiquer le type d'intervention qu'il leur propose. Nous écrivons très souvent ce compte rendu, en donnons une copie à chacun et le lisons ensemble. Pour exemple, l'encadré suivant donne le compte rendu que nous avons donné à Julie et Antoine.

Résumé de l'évaluation

Vous êtes tous les deux insatisfaits de votre relation de couple et de votre vie sexuelle. Par contre, il y a plusieurs aspects dans votre relation de couple qui sont très positifs :

- vous voulez tous les deux fournir les efforts nécessaires pour vous améliorer ;

- vous voulez tous les deux faire ce qu'il faut pour être bien ensemble ;
- vous percevez vos difficultés sensiblement de la même façon : vous constatez tous les deux qu'il y a un problème de communication entre vous, que vous avez de la difficulté à parler calmement de vos désaccords et des choses qui vous dérangent ;
- vous souhaitez tous les deux que la communication soit plus calme, plus respectueuse entre vous ;
- vous espérez tous les deux améliorer vos relations sexuelles.

Alors, comme vous identifiez vos difficultés sensiblement de la même manière, je vais vous demander de faire un pas de plus, pendant nos rencontres comme dans la vie quotidienne. Ce pas de plus consiste à voir vos difficultés comme un ennemi commun et, par conséquent, à travailler ensemble, à collaborer pour arriver à terrasser cet ennemi commun, à collaborer pour diminuer vos difficultés, plutôt que de travailler l'un contre l'autre. Donc, à partir de maintenant, je souhaiterais que vous essayiez le plus possible de former une équipe contre l'ennemi commun. Ce ne sera pas toujours facile de travailler ensemble, mais si vous essayez de vous le rappeler régulièrement (*chacun pour soi et non en critiquant l'autre*), vous pourrez y arriver.

Étant donné les difficultés que vous avez tous les deux identifiées, je vous propose que notre premier objectif soit d'améliorer la communication. Il est possible qu'en améliorant votre communication, vous amélioriez également vos relations sexuelles ; sinon, nous aborderons plus précisément cette question. Concernant la communication, les principaux points sur lesquels il faudra travailler, d'après moi, sont :

- l'écoute de l'autre ;
- l'expression des sentiments positifs envers l'autre ;
- ce qu'on appelle la « validation », c'est-à-dire reconnaître et accepter les points de vue de l'autre et les émotions de l'autre, même si on est en désaccord avec l'autre et, je dirais même, surtout si l'on est en désaccord avec l'autre.

Je vous propose de travailler ces trois points à peu près dans l'ordre suivant : d'abord l'écoute, puis l'expression et finalement la validation. Une fois ces trois points améliorés, nous verrons s'il y a lieu de faire quelque chose d'autre sur le plan de la sexualité.

Je veux dire tout de suite (et c'est très important) que si vous avez de la difficulté à écouter l'autre ou à exprimer vos sentiments, ce n'est pas par mauvaise volonté, c'est tout simplement que vous avez vécu des expériences ou que vous vivez actuellement des expériences qui font qu'il y a certains moments où c'est difficile pour vous d'écouter l'autre ou d'exprimer vos sentiments. C'est ce que nous appelons des « filtres » : ce que vous avez vécu dans le passé ou ce que vous vivez actuellement « filtre » ou « embrouille » votre écoute et votre expression, un peu comme une onde qui viendrait embrouiller l'image de votre téléviseur. Alors, quand

nous allons travailler sur la communication, si nous nous apercevons que l'écoute de l'autre ou l'expression des sentiments sont difficiles, nous essayerons d'identifier s'il y a des « filtres », c'est-à-dire des expériences passées ou actuelles qui viennent embrouiller votre communication. Il y a un autre point qui me semble important : j'ai l'impression que vous vous connaissez mal l'un l'autre, vous connaissez mal les attentes et les besoins l'un de l'autre. En thérapie, je vais vous proposer à un moment donné de vérifier ce point à partir de vos réponses aux questionnaires ; je pense que vous allez être surpris de certaines réponses que vous avez données, vous allez peut-être être surpris de voir comment vous voulez tous les deux que votre relation s'améliore. Mais la première chose que je vais vous proposer, c'est de travailler sur votre façon de communiquer entre vous.
Est-ce que cette évaluation vous semble juste ? Est-ce que ces objectifs vous conviennent ? Avez-vous d'autres objectifs à ajouter ? Y a-t-il des points à clarifier ?

À la suite de cette lecture, Julie et Antoine se sont dits globalement d'accord avec cette évaluation, en ajoutant quelques bémols.
Antoine : Je n'ai pas l'impression de mal connaître Julie. Au contraire.
Thérapeute : Vous avez probablement raison. De toute façon, à un moment donné, nous examinerons vos besoins respectifs et vos attentes en rapport avec votre vie de couple et vous verrez, à ce moment-là, jusqu'à quel point vous vous connaissez bien ou non.
Julie [un peu inquiète] : Je me demande comment vous allez aborder la question sexuelle.
Thérapeute : Nous allons d'abord essayer de comprendre ce que vous souhaitez sur ce plan, quels sont vos attentes et vos besoins, et nous verrons comment faire pour y répondre.

Généralement, à la fin de cette rencontre, nous proposons au couple de faire la lecture du livre de Fruzzetti (2008). Par ailleurs, si les conjoints semblent être tombés dans la routine sur le plan sexuel, nous leur proposons également la lecture du livre de Wilson (2007).

Nous venons de présenter un aperçu général de la procédure d'évaluation qui, normalement, précède une thérapie de couple. Nous voulons, en terminant, rappeler l'importance de tenir compte du contexte dans lequel se présentent les difficultés conjugales. Comme nous l'avons indiqué dans l'explication de la cinquième hypothèse du Chapitre 1, « Les hypothèses explicatives des difficultés conjugales », il est essentiel de tenir compte des difficultés particulières que vivent les conjoints dans leur contexte particulier. Pour mener à bien son évaluation, il est donc important, pour le thérapeute de couple, de s'informer des particularités des contextes propres aux couples qui le consultent (famille recomposée, minorité sexuelle, maladie d'un conjoint ou d'un enfant, etc.).

Pour en savoir plus

Birchler, G.R., & Schwartz, L. (1994). Marital dyads. In M., Hersen, & S.M., Turner (Eds.), *Diagnostic interviewing* (pp. 277–303). New York : Plenum.

Floyd, F.J., Haynes, S.N., & Kelly, S. (1997). Marital assessment : a dynamic functional-analytic approach. In W.K., Halford, & H.J., Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 349–377). Chichester : Wiley.

Karpel, M.A. (1994). *Evaluating couples : a handbook for practitioners*. New York : Norton.

O’Leary, K.D. (1987). *Assessment of marital discord : an integration for research and clinical practice*. Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.

Sabourin, S., Lorange, J., Wright, J., et al.,et al. (2008). Le diagnostic en psychothérapie de couple. In J., Wright, Y., Lussier, & S., Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 99–195). Québec : Presses de l’Université du Québec.

Références

Beaudry, M., & Boisvert, J.M. (1988). Psychologie du couple : quand la science se met à parler d’amour. *Montréal : Méridien*.

Beaudry, M., Parent, C., Saint-Jacques, M.C., et al.,et al. (2001). Validation of a questionnaire to assess the difficulties of couples in stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage*, 35, 155-172.

Cascardi, M., Langhinrichsen, J., & Vivian, D. (1992). Marital aggression : impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine*, 152, p.1178-1184.

Deacon, S.A., Reinke, L., & Viers, D. (1996). Cognitive-behavioral therapy for bisexual couples : expanding the realms of therapy. *The American Journal of Family Therapy*, *24*, 242-258.

Fruzzetti, A.E. (2008). *Régler les conflits de couple (traduction de G. Patenaude). Saint-Constant*. Québec : Broquet.

Greenfield, M.F., & Haaga, D. (Novembre 2009). Comparing outcomes of sudden gainers to gradual gainers : new evidence that sudden gains mediate superior treatment outcomes across diagnostic catetories. Document présenté au 43e Congrès de l’Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York

Haynes, S.N., Jensen, B.J., Wise, E.H., & Sherman, D. (1981). The marital intake interview : a multimethod criterion validity assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 379-387.

Herek, G.M., Gillis, J.R., & Cogan, J.C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults : insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, *56*, 32-43.

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C., Rehman, U., & Marshall, A.D. (2002). Intimate partner violence : an introduction for couple therapists. In A.S., Gurman, & N.S., Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 441–465). New York : Guilford.

Jacobson, N.S. (1984). The modification of cognitive processes in behavioral marital therapy : integrating cognitive and behavioral intervention strategies. In K., Hahlweg, & J.S., Jacobson (Eds.), *Marital interaction : analysis and modification* (pp. 285–308). New York : Guilford.

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy : Promoting acceptance and change*. New York : Norton.

Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy : strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York : Brunner/Mazel.

Mandeville, L. (2005). La psychologie positive : présentation. *Revue Québécoise de Psychologie*, *26*, 9-22.

Margolin, G., & Jacobson, N.S. (1981). Assessment of marital dysfunction. In M., Hersen, & A.S., Bellack (Eds.), *Behavioral assessment : a practical handbook* (pp. 389–426). New York : Pergamon.

Martell, C.R., Safran, S.A., & Prince, S.E. (2004). *Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay, and bisexual clients*. New York : Guilford Press.

Migneault, S., Boisvert, J.M., & Adam, J. (2002). Validation de l'Échelle Kansas de la satisfaction conjugale. In S., Migneault (Ed.), *Validation de l'Échelle Kansas de la satisfaction conjugale* (pp. 11–43). Université Laval, Québec : Mémoire de maîtrise.

Pachankis, J.E., & Goldfried, M.R. (2004). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, *41*, 227-246.

Parent, C., Beaudry, M., & Godbout, E. (2007). Les pièges de la recomposition familiale : mieux les comprendre pour mieux les déjouer. In G., Bergonnier-Dupuy, & M., Robin (Eds.), *Couple conjugal, couple parental : vers de nouveaux modèles* (pp. 177–192). Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès.

Rathus, J.H., & Feindler, E.L. (2004). *Assessment of partner violence : a handbook for researchers and practitioners*. Washington, D.C : American Psychological Association.

Revenson, T.A., Kayser, K., & Bodenmann, G. (2005). *Couples coping with stress : emerging perspectives on dyadic coping*. Washington, D.C : American Psychological Association.

Revenstorf, D. (1984). The role of attribution of marital distress in therapy. In K., Hahlweg, & N.S., Jacobson (Eds.), *Marital interaction : analysis and modification (pp. 325-336)*. New York : Guilford.

Schumm, W.R., Paff-Bergen, L.A., Hatch, R.C., et al.,et al. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, *48*, 381-387.

Snyder, D.K., & Whisman, M.A. (2003). *Treating difficult couples : helping clients with coexisting mental and relationship disorders*. New York : Guilford.

Szymanski, D.M., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2010). Internalized heterosexism : measurement, psychosocial correlates, and research directions. *The Counselling Psychologist*, *36*, 525-574.

Tremblay, N., Fortier, C., Leblond-de Brumath, A., & Julien, D. (2008). L'intervention auprès des couples de même sexe. In J., Wright, Y., Lussier, & S., Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 397–443). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Wilson, E. (2007). *Donnez du swing à votre vie sexuelle (traduction de L Malo)*. Montréal : Éditions Transcontinental.

Chapitre 3
La thérapie de couple

Jean-Marie Boisvert, Alain Roussy, Madeleine Beaudry

Quelques principes de base de l'intervention auprès des couples

Il y a eu beaucoup d'écrits portant sur les qualités du psychothérapeute (empathie, authenticité, etc.) et sur les principes de base de la psychothérapie en général. Nous voulons aborder ici quelques principes de base propres à la thérapie de couple.

De toute évidence, dans l'intervention auprès des couples et des familles, le thérapeute doit présenter les habiletés interpersonnelles qu'il veut transmettre aux clients : validation, pleine conscience, communication, absence de critiques *versus* suggestions constructives, expression des émotions, révélation de soi, etc. Mais avec une distinction très importante : le but des conjoints est d'être mieux dans leur relation de couple, le but du thérapeute est le mieux-être des conjoints.

La révélation de soi de la part du thérapeute

La révélation de soi de la part du psychothérapeute (RSPP) demeure un sujet délicat et controversé (particulièrement entre les psychanalystes orthodoxes et les humanistes). Pourtant, les tenants de l'approche féministe (Brown & Walker, 1990) et de la thérapie fonctionnelle analytique (Kohlenberg et al., 2004) donnent une grande importance à la RSPP. Par ailleurs, 90 % des thérapeutes affirment utiliser la révélation de soi avec leurs clients, mais ils ne le feraient que dans 3,5 % de leurs interventions (Henretty & Levitt, 2010).

Sexualité, couple et TCC _ Les difficultés conjugales

Selon Bloomgarden et Mennuti (2009), la RSPP peut favoriser l'alliance thérapeutique de même que des changements positifs chez le client, pourvu qu'elle soit utilisée avec discernement. Elle exige d'avoir un bon jugement clinique et d'être à l'écoute des besoins du client. Toutefois, si elle peut faciliter l'alliance thérapeutique, nous considérons qu'elle doit également se faire uniquement s'il y a déjà une bonne relation thérapeutique.

Il existe certaines conditions qui sont favorables à l'utilisation de la RSPP. Ainsi, les hommes gais évaluent plus positivement un thérapeute qui fait une RSPP concernant son orientation homosexuelle que celui qui dévoile une orientation hétérosexuelle ou qui n'en parle pas (Atkinson et al., 1981). Aussi, parmi des thérapeutes masculins et féminins qui révèlent leur orientation sexuelle, les thérapeutes masculins hétérosexuels sont considérés comme les moins aidants par leurs clients gais et clientes lesbiennes, mais cet effet s'atténue grandement pour les thérapeutes qui utilisent des mesures de pratique adaptées à ce type de clientèle (Liddle, 1996).

Le type de RSPP semble avoir une influence particulière. Par exemple, une RSPP qui porte sur les sentiments, les pensées et les réactions du thérapeute concernant le client suscite une perception plus favorable du thérapeute qu'une RSPP qui a pour objet l'expérience personnelle du thérapeute ; toutefois, si le thérapeute veut révéler ses sentiments et ses pensées concernant le client, il peut être bon qu'il en informe le client à l'avance pour éviter que celui-ci n'en soit étonné ou même choqué. Par ailleurs, il va de soi que le thérapeute peut et même doit exprimer ses sentiments positifs par rapport aux progrès du client.

Notons que l'utilisation trop fréquente de la RSPP peut diminuer son impact et même être nuisible (Henretty & Levitt, 2010) ; il y a donc lieu de l'utiliser avec parcimonie. De plus, la RSPP ne devrait contenir que l'information nécessaire à la poursuite du processus thérapeutique, *sans s'attarder sur des détails*. Comme toute autre procédure thérapeutique, la RSPP doit viser le bien-être des clients et non celui du thérapeute.

Lors de la première entrevue individuelle avec Anne, le thérapeute lui demande si elle a déjà consulté en psychothérapie. Anne répond qu'elle a rencontré un psychothérapeute pendant cinq séances, mais qu'elle n'a pas voulu poursuivre ; elle dit que ce thérapeute se révélait tellement lui-même qu'elle avait l'impression que c'était elle qui était la thérapeute. Si cette perception d'Anne correspond à la réalité, il est clair que ce psychothérapeute était fautif. Lorsqu'un thérapeute est incertain concernant l'impact que ses RSPP ont sur un client, il peut tout simplement lui révéler son questionnement et s'enquérir de cet impact ; cela permettra au thérapeute de s'ajuster au besoin et de tenter de diminuer l'impact négatif. Souvent, le thérapeute peut trouver d'autres façons de transmettre une information, étant donné les risques liés à l'utilisation de la RSPP.

Il y a des situations qui exigent, d'un point de vue éthique, de faire une RSPP. Par exemple, si un client s'informe de l'orientation théorique du thérapeute, de son niveau d'éducation, de son statut professionnel, de son statut matrimonial ou du déroulement probable de la thérapie, il serait mal venu de refuser de lui répondre. Mais des clients peuvent aussi poser des questions sur des sujets plus personnels, comme l'orientation sexuelle ou les valeurs du thérapeute. Si le thérapeute se sent suffisamment à l'aise pour répondre à de telles questions, il y a lieu de le faire dans le respect de soi et du client (Vandenberghe & Marden, 2006).

La RSPP doit être utilisée avec prudence en thérapie de couple. Par exemple, si un thérapeute parle de son expérience personnelle ou de ses sentiments en rapport avec la sexualisation des tâches ménagères, il y a un risque qu'il soit perçu comme sexiste ou, au contraire, comme féministe, et que, dans un couple hétérosexuel, cela affaiblisse l'alliance thérapeutique pour l'un ou l'autre des conjoints. Ainsi, en rapport avec le conflit entre Florence et Raymond concernant le partage des tâches ménagères, le thérapeute a dit : « Je vous comprends très bien. Ce n'est pas toujours facile de se distribuer les tâches ménagères. Je vais vous faire une confidence. J'ai moi-même rencontré ce problème avec ma conjointe dans les premiers temps de notre vie commune. Un jour, ma conjointe m'a dit qu'elle se sentait frustrée d'avoir presque toujours la responsabilité de faire les courses et de préparer les repas. Nous en avons parlé assez longuement et ce ne fut pas facile d'arriver à un compromis. Finalement, nous avons décidé de faire les courses et les repas en alternance chaque semaine. » Comment Florence et Raymond ont-ils réagi à une telle RSPP ? Ont-ils considéré que le thérapeute se rangeait du côté de Florence et la relation thérapeutique a-t-elle été affaiblie pour Raymond, ou se sont-ils mis à se parler et à croire qu'ils pouvaient arriver à un compromis satisfaisant pour eux ? Ces différentes réactions sont possibles et on voit que la RSPP peut apporter des bénéfices, mais comporte des risques. Il y a donc des pour et des contre concernant l'utilisation de la RSPP.

Pour en savoir davantage sur la question de la RSPP, le lecteur peut consulter l'excellente synthèse des recherches de Henretty et Levitt (2010). Ces auteurs donnent de précieux conseils, fondés sur les données scientifiques, sur la façon d'utiliser la RSPP ; ces conseils peuvent faciliter la prise de décision du thérapeute à ce sujet.

Équilibre entre la directivité et la non-directivité

Le thérapeute doit trouver un équilibre entre la directivité et la non-directivité, un juste équilibre où les conjoints tout autant que lui-même sont confortables.

Quand être directif ?

Le moment où les conjoints formulent leurs plaintes représente sans doute l'une des premières situations où le thérapeute doit établir cet équilibre entre la directivité et la non-directivité. Les premières fois que les conjoints sont en présence du thérapeute, ils vont tout naturellement exposer les raisons pour lesquelles ils désirent consulter, c'est-à-dire leurs principales plaintes. Globalement, on retrouve, chez les couples, deux façons d'exposer les plaintes. Il y a, d'une part, les partenaires qui s'efforcent de présenter leurs problèmes d'une manière tellement polie et civilisée que le thérapeute peut avoir l'impression qu'il n'y a pratiquement pas de difficultés de communication chez ces couples. Le problème pour le thérapeute consiste alors à obtenir une information juste. Pour ce faire, il peut, par exemple, demander aux conjoints si c'est bien de cette façon qu'ils ont l'habitude d'interagir et leur faire préciser leur façon habituelle de communiquer entre eux.

Mais la majorité des couples en détresse semblent incapables d'exposer leurs problèmes sans qu'il y ait une escalade conflictuelle. Ils ne se gêneront pas, dès le début de la thérapie, pour exposer leurs plaintes d'une manière qui ressemble beaucoup à leur façon habituelle d'interagir : accusations, attaques, contre-attaques, pleurs, menaces, etc. Pendant ces séquences d'interactions, les conjoints vivent des expériences particulièrement pénibles sur le plan émotif. Certains auront l'impression de vivre à nouveau un échec et d'exposer leurs faiblesses ; d'autres se sentiront humiliés s'ils se retrouvent devant un thérapeute qui reste silencieux et n'intervient pas.

Devant de telles séquences d'interactions, le thérapeute *non directif* accorde de l'attention et une sorte d'approbation implicite à des comportements inefficaces ; cela n'est pas dans l'intérêt des conjoints, car ils ne retirent aucun bénéfice d'une telle expérience qui mènera très probablement à un échec thérapeutique à très court terme. Le défi consiste donc à maintenir un certain équilibre, c'est-à-dire contrôler l'entrevue de façon à retirer l'information nécessaire pour comprendre la dynamique conjugale, tout en évitant que la situation ne devienne un nouvel échec pour les conjoints. Si le thérapeute ignore complètement les plaintes des conjoints et les empêche de les verbaliser, il perdra des informations utiles et ne sera pas perçu comme une personne compréhensive et attentive à leurs problèmes. Une écoute empathique de la part du thérapeute est donc essentielle pour augmenter sa valeur renforçante. Sa tâche consiste donc à faire de l'écoute active tout en interrompant les interactions négatives et infructueuses.

Pour éviter les conflits inutiles, il est souvent opportun de poser des questions précises et de reformuler les attaques en termes d'objectifs positifs. Voici un exemple d'une réinterprétation faite par une

thérapeute, au moment où un couple présente ses insatisfactions d'une façon accusatrice :

Judith : Je lui dis et je lui répète sans cesse qu'il est trop retiré. Il ne me parle jamais. On dirait que je suis sa servante. Il rentre dans la maison et ne me dit même pas bonjour. Il s'occupe plus du chien que de moi.

Thomas : De toute façon, même si je voulais te parler, je ne pourrais pas placer un mot. Tu passes ton temps à te plaindre, puis tu ne m'écoutes même pas quand je te parle.

Thérapeute : Si je comprends bien, vous souhaiteriez tous les deux pouvoir dialoguer dans un contexte plus agréable. Vous aimeriez vous sentir écoutés quand vous parlez. Vous aimeriez avoir des sujets de conversation intéressants. On peut en faire un des objectifs de la thérapie. Qu'en pensez-vous ?

L'équilibre que le thérapeute doit maintenir entre le fait d'écouter activement et le fait d'interrompre les interactions négatives et infructueuses peut être particulièrement difficile à conserver lors des premières entrevues. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons proposé de faire des entrevues individuelles avec chacun des conjoints dans le chapitre sur l'évaluation. Au cours de ces entrevues individuelles, le thérapeute peut écouter de façon empathique les plaintes de chacun sans renforcer le pattern d'interactions habituel. Ensuite, quand il fait des entrevues conjointes, il lui est plus facile d'interrompre les interactions inefficaces, étant donné qu'il a déjà établi sa valeur renforçante pour chacun des conjoints et qu'en général, ceux-ci sont capables de comprendre que l'interruption d'une interaction présente une valeur thérapeutique.

Le thérapeute doit aussi être directif quand il effectue des exercices avec les conjoints. Par exemple, s'il fait des exercices pour apprendre aux conjoints une façon différente de communiquer, il est important qu'il les interrompe lorsqu'ils ne suivent pas les consignes de l'exercice. Toutefois, il est important qu'il les avertisse, avant de commencer l'exercice, qu'il va les interrompre et qu'il obtienne leur accord sur ce point.

Il y a une situation particulière où nous nous permettons d'être tout à fait directifs, c'est quand il est question du bien-être des enfants. Voici l'exemple d'une intervention auprès de Renée, la conjointe de Germain, lors de l'entrevue individuelle durant la période de pré-évaluation :

Renée : En tout cas, si on se sépare, je vais exiger la garde unique des enfants et je peux vous dire que Germain ne les reverra plus.

Thérapeute : Nous allons faire notre possible pour éviter cela, mais s'il arrivait que vous vous sépariez, je suis sûr que le bien-être de vos enfants sera une priorité pour vous, n'est-ce pas ?

Renée : Oui, et c'est pour ça que je vais exiger la garde unique. Germain est incapable de s'occuper des enfants…

Thérapeute : Vous savez, il y a eu beaucoup de recherches en psychologie sur le bien-être des enfants lors d'une séparation et une chose qui est très claire, c'est qu'il est souhaitable que les enfants continuent à avoir un contact régulier avec leurs deux parents dans un climat non conflictuel. Je suppose que vos enfants sont attachés à leur père comme ils le sont à vous.
Renée : C'est sûr. Il les gâte tellement. C'est un vrai papa gâteau.
Thérapeute : Alors, s'ils sont attachés à leur père, il est nécessaire, pour leur bien-être, qu'ils continuent à avoir un contact régulier avec lui.
Renée : Hum, hum.
Thérapeute : Ce qui fait le plus de tort aux enfants, ce sont les conflits entre les parents. Alors, que vous vous sépariez ou non, il est important de diminuer les conflits entre vous ; vos enfants en seront plus heureux.
Renée : Ça, ce ne sera pas facile.
Thérapeute : Je comprends, mais le premier devoir des parents, en cours de séparation, c'est de faire la séparation de la façon la plus harmonieuse possible pour éviter que les enfants subissent un trop grand choc.
Renée : En tout cas, si on se sépare, on aura besoin d'aide pour arriver à le faire d'une façon harmonieuse parce que Germain n'est pas facile…

Quand être non directif ?

Il est important que le thérapeute soit non directif chaque fois que le style directif n'est pas essentiel. Par exemple, quand les conjoints peuvent arriver à communiquer adéquatement, il est souhaitable de les laisser échanger, en n'intervenant que pour orienter leurs échanges, pour les aider à clarifier leurs points de vue et leurs émotions et pour renforcer leurs comportements de communication adéquats.

Il est également souhaitable de leur demander régulièrement leur opinion sur ce que nous leur proposons et même sur le déroulement de la thérapie et sur notre façon d'intervenir. Pour notre part, c'est ce que nous avons l'habitude de faire à la fin d'une des premières entrevues. Les conjoints s'aperçoivent alors que leur opinion est importante pour nous et que nous en tenons compte.

Nous venons de voir quelques principes qui nous semblent importants en thérapie de couple. Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait un relevé exhaustif des principes de base en thérapie de couple, loin de là, mais nous voulions donner un aperçu de certains principes qui nous apparaissent particulièrement pertinents.

Accroissement des échanges positifs par l'entraînement au renforcement mutuel

Jacobson et Follette (1985) ont vérifié l'efficacité de l'entraînement au renforcement mutuel, de l'entraînement à la communication et de la

combinaison de ces deux procédures. Ils ont montré que la combinaison de ces deux procédures donne de meilleurs résultats que l'utilisation d'une seule de ces procédures. Par ailleurs, un des résultats de leur étude indique qu'à la relance de six mois, 28,6 % des couples qui n'ont reçu que l'entraînement à la communication se sont séparés. Au même moment, un seul couple parmi ceux qui ont reçu l'entraînement aux échanges positifs s'est dissous et aucun couple ayant reçu les deux procédures ne s'est séparé. Sans prétendre que ces séparations constituent des échecs, on peut croire que le fait de mettre l'accent, dès le début d'une thérapie, sur la communication plutôt que sur des changements immédiats porte certains couples à perdre rapidement espoir. Par ailleurs, dans l'entraînement à la communication, on incite les conjoints à discuter de leurs principaux sujets de désaccord. Cette expérience risque d'être extrêmement difficile et même pénible pour certains couples s'ils n'ont pas d'abord quelques expériences agréables. Il semble donc logique et souhaitable d'utiliser une procédure qui peut encourager le renforcement mutuel avant d'entreprendre l'entraînement à la communication. Il peut être bon d'aborder cela en entrevue individuelle pendant la période de pré-évaluation, mais on peut aussi le faire uniquement au cours des entrevues en couple.

L'entraînement à la communication demeure sans doute la pièce maîtresse de la thérapie de couple. Mais il est probablement important que cet entraînement soit précédé des procédures comme l'entraînement au renforcement mutuel, les stratégies pour favoriser la pleine conscience, la validation ou l'acceptation, qui mettent l'accent sur le positif plutôt que sur les conflits et les désaccords, comme l'ont proposé certains auteurs (Fruzzetti, 2008 ; Jacobson & Christensen, 1996 ; Jacobson & Margolin, 1979). Nous verrons plus loin quelques stratégies pour favoriser la pleine conscience, la validation ou l'acceptation, mais examinons d'abord l'entraînement au renforcement mutuel qui a pour but de favoriser l'accroissement des échanges positifs.

Les stratégies pour augmenter la fréquence des événements positifs vécus par les conjoints (*behavior exchange strategies*) ont été parmi les premières procédures de changements proposées en thérapie de couple comportementale (Jacobson & Margolin, 1979). Elles demeurent toujours très importantes, car elles contribuent à ce que les conjoints vivent une expérience de succès dans des domaines non conflictuels, qu'ils en retirent des bénéfices assez importants pour que chacun soit disposé à collaborer pour effectuer des changements dans des domaines plus conflictuels. Ces stratégies consistent à aider les conjoints à se renforcer mutuellement et à augmenter la fréquence des moments agréables passés ensemble. Toutefois, Jacobson et Christensen (1996) considèrent qu'il doit y avoir un minimum d'acceptation

dans le couple pour que ces procédures soient efficaces, sans quoi les tâches ne seront pas réalisées ou mèneront à des conflits. Cela mériterait d'être vérifié empiriquement, mais cela semble logique et incite à la prudence.

Généralement, les conjoints qui éprouvent des difficultés voudraient davantage diminuer les comportements désagréables et les aspects indésirables de la relation plutôt qu'augmenter ses aspects positifs. Les couples insatisfaits ont généralement des problèmes qui sont très prenants sur le plan émotif ; ils sont donc particulièrement préoccupés par ces difficultés et ne pensent pas à faire des activités agréables ensemble ou à faire des choses plaisantes l'un pour l'autre. Pourtant, il est très difficile de travailler à diminuer les interactions négatives au moment où chacun est envahi par des sentiments négatifs de colère, de tristesse ou de ressentiment. De plus, le fait de se centrer sur les aspects négatifs risque de perpétuer les expériences d'échec et de frustration et, par conséquent, d'augmenter les sentiments négatifs. Comme le soutiennent Gottman et al. (2002), il est très important que les conjoints retrouvent leurs émotions positives dans les interactions quotidiennes. C'est pourquoi les procédures pour augmenter les événements positifs apparaissent comme un des premiers moyens à employer pour augmenter la satisfaction conjugale.

Lorsqu'un thérapeute suggère l'utilisation de procédures pour augmenter la fréquence des moments agréables, il est important qu'il explique clairement les buts et le rationnel d'une telle intervention, comme d'ailleurs de toute intervention, en se fondant sur les données recueillies antérieurement auprès de ce couple. Sans cela, les conjoints pourraient avoir l'impression que le thérapeute applique une technique au hasard sans tenir compte de leur situation spécifique. Voici un exemple où un thérapeute propose à des conjoints d'augmenter leurs interactions positives :

Thérapeute : Nous avons évalué ensemble les différents problèmes que vous éprouvez. Il y a un certain nombre de sujets sur lesquels vous êtes souvent en conflit, comme les décisions financières, l'éducation des enfants, etc. De plus, vous n'avez pas beaucoup de moments agréables ensemble et vous avez de la difficulté à vous faire plaisir l'un à l'autre. Il se peut que ce soit parce vous avez de nombreux conflits difficiles à vivre. Malgré tout, je pense que si vous aviez plus de bons moments ensemble, il vous serait plus facile par la suite de tenter de régler vos conflits. Alors, voici ce que je veux vous proposer : nous allons commencer à travailler sur vos difficultés de communication pendant nos rencontres. Puis, pendant le reste de la semaine, vous allez essayer de vous faire plaisir ou d'être bien ensemble plus souvent. Il y a différentes façons de faire cela. Nous allons essayer de trouver celle qui vous convient le mieux.

Différentes procédures ont été proposées pour accroître les échanges positifs (Beaudry et Boisvert, 1988) :
1. aider chaque conjoint à identifier ce qu'il pourrait faire pour augmenter la satisfaction de son partenaire et suggérer d'augmenter la fréquence de ces comportements (*les événements agréables choisis par l'émetteur*) ;
2. favoriser l'expression de demandes claires (*les événements agréables demandés par le récepteur*) ;
3. se centrer sur des activités qui sont plaisantes pour les conjoints et qu'ils peuvent réaliser ensemble (*les événements agréables choisis par les deux*[1] *conjoints*).

Ces différentes approches doivent s'adapter aux caractéristiques du couple et être évaluées après essai.

La pleine conscience de soi, du partenaire et de la relation

Comme nous l'avons présenté au Chapitre 1, « Les hypothèses explicatives des difficultés conjugales », les derniers développements en thérapie comportementale de couple ont donné lieu à une nouvelle formulation des buts de la thérapie : aider les conjoints à composer avec leurs émotions négatives de manière efficace et améliorer ainsi la qualité de la relation. La gestion efficace des émotions négatives est vue ici comme une condition importante pour établir une bonne communication, c'est-à-dire exprimer adéquatement ses pensées, ses sentiments, ses attentes, etc., manifester à l'autre de la compréhension et du respect tout en le validant. Une des stratégies proposées pour atteindre ces buts est la pleine conscience (*mindfulness*) de soi, du partenaire et de la relation.

La pleine conscience de soi

La pleine conscience de soi, c'est la capacité de centrer volontairement son attention sur l'expérience présente, sur ses sensations corporelles et ses pensées, sans les juger (Philippot, 2007). Plutôt que de fuir ou d'éviter les émotions négatives, la personne doit en prendre conscience et rester présente à ce qu'elle vit en gardant une *attitude de non-jugement*. La pleine conscience consiste donc à porter volontairement attention aux trois composantes de l'émotion, soient la facette *physiologique* (ce qu'on ressent dans son corps, par exemple le rythme de sa respiration), la facette *cognitive* (ce qu'on pense, par exemple « Mon conjoint ne

1. Pour alléger le texte, les expressions « deux conjoints » et « deux partenaires » peuvent inclure les relations amoureuses de plus de deux personnes.

m'aime pas suffisamment ») et la facette *comportementale* (ce qu'on fait, par exemple « Je ne regarde pas mon partenaire, j'ai des gestes brusques »). Rester « présent » ou « pleinement conscient » permettra d'apprivoiser ce qui se passe en soi en ne se laissant pas emporter par des jugements négatifs sur soi et sur le conjoint.

En somme, pour prendre pleinement conscience, on *observe* ses émotions, ses pensées et ses comportements, puis on les *décrit* pour soi-même, et ce, dans un état d'esprit particulier, c'est-à-dire en *évitant de porter un jugement moral*. Il faut préciser ici que le but n'est pas, comme dans la relaxation, de retrouver un calme intérieur, mais de comprendre ce qui se passe, de reconnaître ce à quoi on réagit et l'impact que cela a sur soi sur les plans physiologique, cognitif et comportemental.

Quand un conjoint est envahi par des émotions négatives très fortes, il est fort probable qu'il devienne défensif, qu'il juge négativement et blâme son partenaire, qu'il dise des choses qui ne reflètent pas vraiment sa pensée, etc. Cet état émotif augmente le niveau d'activation intérieure et, par le fait même, diminue la probabilité d'une expression claire des sentiments et de la compréhension du point de vue de l'autre. Voici un exemple qui illustre l'impact que peuvent avoir les jugements dans l'évolution d'une interaction : Gilles et Sébastien ont une relation amoureuse depuis 6 ans. Ils ont vécu chacun dans leur appartement et passé tous leurs week-ends ensemble jusqu'à ce qu'ils décident de gérer la construction de leur propre maison il y a un an. Il ne reste que peu de travaux à terminer, mais leur budget est épuisé (eux aussi d'ailleurs, puisqu'ils ont consacré tout leur temps libre à ce chantier). Gilles voudrait faire un nouvel emprunt pour terminer la maison au plus vite, mais Sébastien n'est pas d'accord, il trouve que cela est trop risqué étant donné leurs revenus. Lors de leur troisième rencontre en thérapie, voici la situation conflictuelle qu'ils venaient de vivre et qu'ils ont racontée à leur thérapeute :

[Dimanche après-midi, ils se retrouvent devant un café, dans la salle à manger qui n'a pas encore de recouvrement de plancher.]

Gilles [déçu] : J'en ai ras le bol de voir ce contreplaqué.

Sébastien [appréhendant un conflit sur le sujet] : Moi aussi, mais je te l'ai expliqué, il va falloir attendre encore un peu.

[Gilles, ressentant une sensation désagréable au plexus solaire, se met à juger son conjoint en se disant que Sébastien ne tient pas suffisamment compte de ses besoins.]

Gilles [d'un ton sec] : Je sais tout ça, mais tu t'énerves pour rien avec cet emprunt.

Sébastien [se sent attaqué et juge que Gilles est immature et irresponsable] : Je ne m'énerve pas, c'est juste la réalité. Essaie de comprendre ça ; comme mathématicien, tu devrais savoir compter après tout.

[Gilles se sent attaqué à son tour ; sa sensation au plexus solaire s'étend dans tout son abdomen, il juge que Sébastien est injuste envers lui et qu'il cherche à tout contrôler. Par ailleurs, il porte un jugement sur lui-même : il se trouve faible de se laisser emporter. Cette pensée augmente son malaise et il contre-attaque.]
Gilles : Essaies-tu de me comprendre, toi, monsieur Raisonnable ?

C'est ainsi qu'excédé par le comportement de l'autre, les conjoints ressentent progressivement d'intenses bouffées d'émotions désagréables, souvent suivies de colère, de jugements de plus en plus négatifs et disent des paroles qui dépassent leurs pensées. Les jugements déclenchent l'activation émotionnelle et mènent à un dérèglement ou à une suractivation émotionnelle.

Comment contrer ce cercle infernal ? Une des bonnes stratégies consiste à *ne pas fuir*, à ne pas se juger soi-même ou juger l'autre et, dans une attitude de bienveillance et de compassion, être « pleinement conscient » de ses émotions afin de pouvoir les exprimer plus calmement par la suite. Voici ce que le thérapeute a proposé à Gilles et Sébastien :
Thérapeute : Je comprends que c'est très difficile de vivre des émotions négatives très fortes, comme celles que vous avez vécues. Dans des moments comme ça, on veut diminuer ces émotions désagréables. Pour y arriver, on a tendance spontanément à critiquer l'autre, à se critiquer soi-même ou à fuir la situation, comme vous avez fait. Malheureusement, en faisant cela, on peut diminuer les émotions négatives à court terme, mais ces émotions nous rattrapent souvent à moyen terme.
Gilles : Oui, c'est tout à fait vrai. D'ailleurs, on s'est boudés pendant deux jours.
Sébastien : Et ça, c'est pénible.
Thérapeute : Je vais vous proposer d'essayer une façon différente d'agir quand vous avez des émotions négatives comme celles-là. Il s'agit de vous arrêter, puis de vous dire : « Stop ! je prends une distance et j'observe ce qui se passe. » Prenez le temps de respirer et observez comment votre conjoint agit, ce qu'il dit, ce qu'il semble ressentir et l'impact que cela a sur vous. Portez attention à ce que vous pensez dans la situation et aux émotions que vous ressentez. Ce qui est très important ici, c'est de ne pas porter de jugement sur l'autre, ni sur soi, de ne pas se dire « Il n'est pas correct, il est centré sur lui » ou « J'agis mal », etc. Observer et décrire sans juger, c'est ce qu'on appelle la « pleine conscience » ; c'est une façon d'agir un peu zen. Je sais très bien que ce n'est pas facile de faire ça quand on ressent de fortes émotions négatives. C'est pourquoi il faut d'abord s'exercer à le faire dans des situations où c'est plus facile.

Bien sûr, le thérapeute devra vérifier si les conjoints comprennent bien la consigne ; il pourra aussi leur proposer d'en faire l'expérience dans un exercice pendant la rencontre.

Prendre conscience de ses émotions primaires et secondaires

« *Les émotions primaires sont les réponses émotionnelles directes d'un individu dans une situation donnée, réponses qui correspondent à une évaluation réaliste de la situation. Elles surviennent généralement rapidement et sont assez brèves. Ce sont des réponses à l'ici et maintenant de la situation et non à l'anticipation de situations hypothétiques futures ou à l'évocation de souvenirs.* » (Philippot, 2007, p. 142) Greenberg (2008) qualifie ces émotions (comme la joie, la colère, la peur ou la jalousie) de « fondamentales ». L'émotion est dite « primaire » ou « fondamentale », parce qu'il s'agit de la première réponse de l'individu à la situation. Ces types de réaction sont universels : par exemple, se sentir déçu quand on n'obtient pas quelque chose que l'on désire, avoir peur dans une situation dangereuse ou se sentir satisfait quand les choses vont comme on le veut. Selon Greenberg et Johnson (1990), ces émotions primaires sont fonctionnelles et adaptatives, car elles fournissent à l'individu des informations importantes et des plans d'action et de comportement adaptés à la situation. Quant à Jacobson et Christensen (1996), ils qualifient les émotions primaires de « *soft* », généralement moins violentes que les émotions secondaires, qualifiées de « *hard* ».

Dans l'exemple de Gilles et Sébastien, l'émotion primaire de Gilles est la déception, et peut-être la tristesse, de ne pas voir se réaliser à court terme son rêve d'habiter une maison entièrement aménagée et celle de Sébastien, la crainte de se retrouver avec des dettes trop importantes. Les émotions qui surviennent lorsque la personne observe et décrit une situation peuvent être considérées comme primaires (Greenberg & Johnson, 1990).

Contrairement aux émotions primaires, les *émotions secondaires* ne sont pas des réponses directes, mais des réponses provoquées par des émotions primaires, des jugements ou des pensées ; ce sont des réactions aux réactions primaires (Greenberg & Johnson, 1990 ; Fruzzetti & Iverson, 2006 ; Philippot, 2007). Par exemple, Gilles se réjouissait à l'idée que la maison soit enfin terminée et était déçu que cela ne se fasse pas comme il le souhaitait (émotion primaire), mais ses jugements à propos de Sébastien et de lui-même l'ont amené à se sentir agressif envers lui et à avoir honte de lui-même ; ce sont des émotions *secondaires*. Quand Gilles et Sébastien se mettent à se juger l'un l'autre, ils commencent à se critiquer, ce qui soulève en eux de la colère de sorte qu'ils finissent par se sentir agressifs ; ce sont là aussi des émotions secondaires.

Selon Fruzzetti (2008), les émotions secondaires sont généralement nuisibles pour la relation conjugale ; elles sont souvent le fruit des jugements négatifs portés sur soi et sur le partenaire. Les jugements sur soi mènent à une émotion secondaire de honte ; les jugements sur le

partenaire mènent à la colère et à la frustration et contribuent à l'escalade des conflits.

Pour promouvoir l'acceptation du partenaire, Jacobson et Christensen (1996) suggèrent aux conjoints de parler de leurs émotions « *soft* » (comme la peur, la tristesse, le fait de se sentir blessé ou humilié, etc.) plutôt que de leurs émotions « *hard* » (comme la colère et le ressentiment). Ils font l'hypothèse qu'il y a toujours une émotion « *soft* » derrière une émotion « *hard* » et que si un conjoint voit la peine qu'il fait à l'autre, plutôt que de se défendre contre ses accusations, il y a de bonnes chances qu'il change spontanément.

La stratégie de pleine conscience proposée consiste donc à *observer* et à *décrire sans juger* les émotions primaires ressenties ; cela aidera la personne à se calmer, tout en la préparant à exprimer adéquatement ses émotions, sans provoquer son partenaire. Pour faciliter cet apprentissage, la personne peut procéder par petites étapes, tout comme on le propose pour acquérir des habiletés d'affirmation de soi et de communication (Boisvert & Beaudry, 1979). Un bon moyen consiste à faire des auto-observations et à les prendre en note afin de pouvoir travailler avec ce matériel pendant les entrevues.

La pleine conscience du partenaire

Être conscient de son partenaire, c'est porter son attention à l'expérience actuelle du partenaire. Par exemple, c'est remarquer l'expression de son visage (quels muscles sont détendus ou tendus, la position des sourcils, les coins de sa bouche), la manière dont il marche, le ton de sa voix (la hauteur et le rythme), la manière dont il prend notre main, etc. Simplement *décrire pour soi-même* ces événements dans une attitude de non-jugement permet de prendre conscience de ce que l'autre vit au moment présent. Quand un conjoint présume des sentiments de son partenaire, interprète ou évalue ses réponses, questionne sa motivation ou met l'accent sur son illogisme, il cesse de porter attention à son partenaire, il manque de conscience.

Il faut s'exercer longtemps et souvent pour acquérir les habiletés de pleine conscience et éliminer les réactions conflictuelles souvent spontanées, car l'excitation et les jugements qui mènent au conflit sont presque automatiques. S'exercer à prendre conscience consiste à ralentir son tempo, à se concentrer sur l'observation et la description.

La pleine conscience de la relation

Avoir pleine conscience de la relation, c'est porter attention aux interactions, à la « danse » spécifique entre conjoints. C'est aussi prendre conscience de la réciprocité, c'est-à-dire de la façon dont on réagit à ce que l'autre fait ou dit (par exemple, rapidement, du tac au tac, sur le

même ton, sans écouter le contenu, etc.), et de la façon dont l'autre réagit à ce que l'on dit ou fait. Il s'agit également de porter attention à nos attentes par rapport à la relation, à nos besoins, à notre niveau d'implication dans cette relation, à ce que l'on désire vraiment. Dans l'exemple de Gilles et Sébastien, l'un des deux aurait pu mettre un terme plus tôt à l'échange négatif, prendre un instant de recul pour observer ce qui se passait entre eux. Il aurait pu voir deux personnes en lutte pour faire entendre leur point de vue et craignant de ne pas être entendues, mais aussi qui s'aiment et tiennent à partager de bons moments ensemble.

Entraînement à la communication

L'entraînement à la communication tient une place très importante en thérapie de couple depuis les tout débuts (Gottman et al., 1976 ; Jacobson & Margolin, 1979). Les recherches montrent que les couples en difficulté rapportent, en premier lieu, des problèmes de communication comme cause de leur insatisfaction. Les chercheurs sont quasi unanimes pour dire que les couples satisfaits se distinguent des couples insatisfaits non pas par le genre de problèmes qu'ils rencontrent, mais par les habiletés et les stratégies employées pour résoudre ces problèmes (Baucom & Epstein, 1990 ; Beaudry & Boisvert, 1988 ; Beaudry et al., 2004 ; Sevier et al., 2008). De fait, les recherches montrent que les couples en difficulté présentent un moins grand répertoire de réponses aux remarques négatives, plus de comportements de rejet, d'attaques coercitives et de critiques négatives, une évaluation plus négative de leur façon de communiquer et plus de difficultés à résoudre leurs problèmes. Par ailleurs, ce déficit influence à long terme la satisfaction des conjoints par rapport à leur relation. L'amélioration de la qualité de la communication semble donc un point très important pour augmenter la satisfaction dans le couple.

Liens entre la communication et la satisfaction conjugale

Depuis quelques années, certains auteurs s'élèvent contre l'importance accordée à la communication conjugale et à l'entraînement à la communication en thérapie de couple. Par exemple, John Gray (1994), un auteur de psychologie populaire, prétend que la source des conflits conjugaux réside non pas dans les difficultés de communication, mais plutôt dans la provenance martienne de l'homme en opposition à la provenance vénusienne de la femme ! Un autre auteur (Dallaire, 2006) considère que c'est le coup de foudre et l'amour passion plutôt que les déficits sur le plan de la communication qui causent l'insatisfaction conjugale. Nous retrouvons le même mépris de la passion, associé

à l'ignorance de l'importance de la communication, dans une revue populaire (Choinière, 1989), preuve que cette croyance à saveur judéo-chrétienne est répandue. Assurément, à cette mésestimation de la passion, nous préférons un Diderot (1998), qui commence ses *Pensées philosophiques* par un éloge de la passion : « *On déclame sans fin contre les passions ; on leur impute toutes les peines de l'homme, et l'on oublie qu'elles sont aussi source de tous ses plaisirs. [...] On croirait faire injure à la raison, si l'on disait un mot en faveur de ses rivales. Cependant, il n'y a que les passions, et les grandes passions, qui puissent élever l'âme aux grandes choses. [...] Les passions sobres font les hommes communs. [...] Ce serait donc un bonheur, me dira-t-on, d'avoir les passions fortes. Oui, sans doute, si toutes sont à l'unisson. Établissez entre elles une juste harmonie, et n'en appréhendez point de désordres. Si l'espérance est balancée par la crainte, le point d'honneur par l'amour de la vie, le penchant au plaisir par l'intérêt de la santé, vous ne verrez ni libertins, ni téméraires, ni lâches.* » (pp. 9-11) Que cette sagesse du siècle des Lumières nous plaît ! Elle nous amène à considérer que la passion amoureuse, la raison et une communication adéquate ne sont pas incompatibles. Reprenant le point de vue de Diderot concernant l'harmonie entre les passions, nous pouvons considérer que la passion amoureuse, la passion de l'autre, aurait avantage à être contre-balancée par la passion de soi, de son propre bien-être et même du bien-être des autres êtres humains. Ainsi, pourraient être contrés les effets néfastes d'une passion amoureuse trop aveugle et dévorante.

Dallaire (2006) s'inspire en partie du livre de John Gray (1994) et de celui de John Gottman et Nan Silver (2000), Gottman étant l'un des chercheurs les plus importants dans le domaine conjugal. Gottman et Silver (2000, pp. 23-30) semblent désavouer l'entraînement à la communication, considérant que l'importance de la communication conjugale (et, en particulier, de l'écoute active) est un mythe propagé par les thérapeutes conjugaux. Ils écrivent que « *la plupart des couples heureux n'utilisent en rien ce qui pourrait ressembler de près ou de loin à l'écoute active lorsqu'ils se querellent* » (p. 28). D'accord. Toutefois, il semble bien qu'ils utilisent l'écoute active lorsqu'ils arrivent à régler leurs désaccords (voir l'hypothèse III du Chapitre 1, « Les hypothèses explicatives des difficultés conjugales »). La position de Gottman et Silver est d'autant plus surprenante que Gottman a été l'un des premiers à proposer l'utilisation de l'entraînement à la communication (Gottman et al., 1976) et à faire de la recherche sur la communication conjugale (Gottman, 1979). Cette position est probablement une réaction suscitée par la tendance des thérapeutes conjugaux à donner trop d'importance à la communication aux dépens d'autres facteurs également déterminants. Gottman et Silver reconnaissent que l'écoute active, un des principaux ingrédients de l'entraînement à la communication, peut

être utile dans certaines circonstances, mais qu'« *elle ne peut à elle seule sauver un mariage* » (Gottman & Silver, 2000, p. 27). Il est évident que l'on ne peut tout attendre de la seule écoute active, mais il est impossible de nier que la façon d'interagir et la façon de communiquer des conjoints constituent un facteur clé dans le maintien de la satisfaction conjugale ou, inversement, dans la persistance des problèmes conjugaux. D'ailleurs, Gottman et Silver ne se contredisent-ils pas lorsqu'ils affirment un peu plus loin dans le même volume que « *si on peut vivre avec la "tare" de l'autre et y réagir de façon attentionnée, affectueuse et respectueuse, on peut parfaitement s'épanouir dans le couple* » (Gottman & Silver, 2000, p. 31). En toute logique, cette façon de « *réagir d'une façon attentionnée, affectueuse et respectueuse* » implique une bonne communication.

Jusqu'à tout récemment, il n'était pas évident que les habiletés de communication, acquises dans l'entraînement à la communication, étaient la raison de l'amélioration de la satisfaction conjugale à la suite d'une thérapie de couple (Whisman & Snyder, 1997). Quelques recherches récentes ont clarifié cette question. Sevier et al. (2008) ont montré qu'au cours d'une thérapie comportementale de couple traditionnelle ou d'une thérapie comportementale intégrative (approche élaborée par Jacobson et Christensen, 1996, 1998), l'amélioration de la satisfaction conjugale est liée à l'amélioration de la communication. Cette étude ne permet pas de poser un lien de causalité unidirectionnelle, mais ces chercheurs considèrent que l'influence mutuelle entre la satisfaction et la communication est l'hypothèse la plus probable : la satisfaction conjugale entraîne une meilleure communication et une bonne communication suscite une plus grande satisfaction conjugale.

Les recherches qui portent sur l'impact de l'entraînement à la communication sur les comportements de communication et sur la satisfaction conjugale permettent plus facilement de poser un lien de causalité. Trois méta-analyses ont démontré que l'entraînement à la communication produit une amélioration de la satisfaction conjugale (Giblin et al., 1985 ; Hawkins et al., 2008 ; Hahlweg & Markman, 1988). De plus, une étude de relance montre que ces effets demeurent statistiquement significatifs 5 ans après l'intervention (Markman et al., 1993). Hahlweg et Richter (2010) obtiennent des résultats semblables à une relance de 11 ans : les couples qui ont reçu un entraînement à la communication présentent un taux de séparation et de divorce (27,5 %) significativement moindre que des couples qui n'ont pas reçu cet entraînement (52,6 %). Par ailleurs, 80 % des couples qui ont reçu l'entraînement et qui vivent encore ensemble sont heureux dans leur relation. Toutefois, il n'y a que 55 % des conjoints qui se souviennent d'au moins une habileté d'expression et 70 % se souviennent d'au moins une habileté d'écoute ; approximativement, les mêmes pourcentages

de conjoints disent appliquer ces mêmes habiletés. Également, 89 % des hommes et 98 % des femmes considèrent que l'entraînement à la communication leur a été utile. Enfin, les corrélations entre la quantité d'habiletés dont les conjoints se souviennent et la satisfaction conjugale ne sont pas statistiquement significatives. On peut donc considérer que l'entraînement à la communication a des effets positifs à très long terme, même si les conjoints ont oublié les noms des habiletés apprises.

Structuration matérielle des entrevues

Avant de commencer l'entraînement à la communication, il est important de structurer l'environnement matériel et, en particulier, la disposition des chaises pour favoriser la communication entre les conjoints. Dans le cas où il n'y a qu'un thérapeute, il s'agit de disposer les chaises des conjoints face à face pour qu'ils soient portés à se parler l'un à l'autre plutôt qu'au thérapeute. Il arrive très souvent qu'un des conjoints, sans doute pour être poli, replace sa chaise pour être face au thérapeute ; il faut alors lui indiquer que nous avons volontairement placé les chaises pour qu'ils se retrouvent face à face. S'il y a deux thérapeutes, les chaises sont aux quatre coins d'un carré et les deux partenaires, de même que les deux thérapeutes, sont face à face. Cette disposition amènera sans doute les conjoints à se parler l'un à l'autre plus spontanément. D'ailleurs, pendant l'entraînement à la communication, le thérapeute peut avoir à rappeler aux conjoints de se parler l'un à l'autre plutôt qu'à lui. Il existe un truc très simple pour ramener les conjoints à se parler : il s'agit, quand un des conjoints s'adresse au thérapeute, que celui-ci détourne le regard et regarde l'autre conjoint. Ce geste est souvent suffisant pour rappeler aux conjoints qu'ils doivent se parler l'un à l'autre plutôt qu'au thérapeute.

Un entraînement systématique

Les recherches que nous venons de citer portent sur un entraînement systématique à la communication. Il y a sans doute lieu de commencer généralement par un tel entraînement systématique, qui a pour but d'amener les conjoints à appliquer le mieux possible les « Principes de la communication » présentés à l'Annexe 2 du Chapitre 2, « L'évaluation des relations conjugales ». Lorsque les conjoints respectent bien ces principes, le thérapeute peut se permettre d'être plus flexible.

Il y a quelques années, nous[2] avons suivi une formation donnée par Howard J. Markman et son équipe et portant sur le programme PREP (*Prevention and Relationship Enhancement Program)* (Markman et al., 1993), puis nous avons fait de la recherche sur ce programme (Boisvert

2. Madeleine Beaudry et Jean-Marie Boisvert.

et al., 1998 ; Guay et al., 1999). L'entraînement à la communication présenté ici s'inspire en grande partie de ce dernier.

Le thérapeute donne aux conjoints un carton plastifié contenant le texte suivant qui résume les règles à suivre lors de l'entraînement à la communication.

Droit de parole

Règles de l'émetteur

1. Parler pour soi. Ne pas deviner la pensée de l'autre.
2. Faire de courts énoncés.
3. Arrêter et laisser le récepteur reformuler.

Règles du récepteur

1. Reformuler ce que l'émetteur dit.
2. Ne pas se préparer à contredire l'émetteur.
3. Se concentrer sur le message de l'émetteur.

Règles de l'émetteur et du récepteur

1. L'émetteur a le « droit de parole ».
2. L'émetteur garde le « droit de parole » pendant que le récepteur reformule.
3. Il faut partager le « droit de parole ».

Jean-Marie Boisvert et Madeleine Beaudry, université Laval.
Traduit et adapté du *Prevention and relationship enhancement program*, H.J. Markman, S.L. Blumberg, & S.L. Stanley, université de Denver.

Le thérapeute lit ce texte avec les conjoints. Il leur demande de choisir un sujet de discussion, sujet sur lequel ils sont en désaccord ou qui leur pose problème. Souvent, les conjoints vont choisir un sujet très conflictuel pour eux, parce qu'en présence du thérapeute, ils se sentent suffisamment en sécurité pour l'aborder. Ce choix est adéquat, pourvu que les conjoints respectent les règles de l'exercice. D'ailleurs, le thérapeute doit les avertir qu'il va les interrompre souvent pendant leur discussion, dans le but de les aider à respecter les règles de l'exercice de même que les principes de la communication. Une fois le sujet de discussion déterminé, il remet le carton « Droit de parole » au conjoint qui veut prendre la parole.

Au cours de cet exercice, le thérapeute doit être actif et se sentir à l'aise de donner du *feedback*[3] à n'importe quel moment, dans le but d'enseigner les habiletés de communication aux conjoints. Il est important d'interrompre souvent les conjoints pour leur demander de faire de courts énoncés (pour l'émetteur) et de reformuler (pour le récepteur), particulièrement au début de l'exercice. Le thérapeute peut également montrer aux conjoints comment exprimer une reformulation : « Si je

3. Un retour.

comprends bien, tu veux dire que… » Enfin, il doit noter les aspects positifs et faire des critiques constructives. Il est préférable d'insister sur l'idée d'améliorer les choses plutôt que de les corriger.

Si, après que le récepteur a fait sa reformulation, l'émetteur dit que le résumé est exact, mais que le thérapeute considère que quelque chose d'important a été oublié, il doit le dire et le vérifier avec les conjoints. Tout cela doit être fait sans confronter les conjoints, mais en étant supportant et encourageant.

S'il semble y avoir une possibilité d'escalade négative, le thérapeute ne doit pas hésiter à interrompre les conjoints et à les ramener à la tâche ; ceux-ci lui seront généralement reconnaissants de ne pas les avoir laissés poursuivre cette escalade. Il peut les aider à reprendre leur calme en disant par exemple : « Tous les couples vivent des problèmes qu'ils ont besoin de travailler et de résoudre dans leur relation *[cela normalisera leurs sentiments]*. De toute façon, votre but dans le présent exercice n'est pas de résoudre le problème, mais seulement d'en discuter et de vous concentrer sur l'écoute et la compréhension de votre partenaire. »

Il peut être bon de rappeler aux conjoints ce qu'ils ont lu dans les « Principes de la communication » sur la façon d'exprimer ses sentiments négatifs d'une façon non accusatrice, mais directe et constructive. Cette façon d'exprimer ses sentiments négatifs, tout comme ses sentiments positifs, consiste à dire : « Quand tu fais *telle action précise dans telle situation précise*, je ressens *tel sentiment*. » Cette formulation structurée contribue à mettre en place les conditions nécessaires pour que soit bien entendue l'expression d'un contenu souvent explosif.

Après avoir fait cet exercice pendant environ 10 minutes, le thérapeute peut interrompre les conjoints et leur demander leurs impressions : qu'est-ce qui s'est avéré facile ou difficile ? Quel impact l'exercice a-t-il eu sur eux ? Les réponses les plus fréquentes à ces questions sont que les conjoints trouvent parfois difficile de reformuler, s'aperçoivent qu'ils n'écoutent pas toujours aussi bien qu'ils le croyaient et que l'exercice offre l'occasion de vivre une expérience nouvelle dans laquelle le rythme de l'échange verbal est plus lent, car les conjoints doivent réfléchir à la manière de bien formuler leur phrase. Plusieurs expriment aussi qu'ils se sentent mieux écoutés et qu'eux-mêmes sont mieux disposés à faire en sorte que l'autre se sente compris.

Validation

Un point important des principes de la communication porte sur la validation, c'est-à-dire la reconnaissance des points de vue et des émotions de l'autre comme valables. Fruzzetti (2008) a élargi la définition du concept de validation, et c'est cette définition que nous utilisons. Après ou pendant l'entraînement à la communication, nous remettons

aux conjoints un texte décrivant les différents comportements de validation. Nous leur demandons de s'exercer à émettre ces différents comportements et de souligner, dans ce texte, ceux qu'ils utiliseront pour nous en parler lors de notre prochaine rencontre. Voici ce texte sur les comportements de validation.

Comportements de validation

Différentes façons de valider

- Communiquer à l'autre qu'on lui porte attention, qu'on l'écoute activement, sans porter de jugements négatifs et sans être sur la défensive.
- Décrire comment on perçoit les émotions, les besoins, les désirs, les pensées, les opinions et les actions de l'autre et vérifier si on les comprend bien.
- Gentiment et calmement, indiquer ce qu'on comprend et ce qu'on ne comprend pas et poser des questions pour mieux comprendre (attention certaines questions peuvent être invalidantes ; exemple : « Pourquoi tu dis ça ? » avec un ton culpabilisant).
- Montrer qu'on accepte les émotions, les besoins, les désirs, les pensées, les opinions et les actions de l'autre, qu'on les trouve légitimes, normaux dans les circonstances ou dans le contexte ou étant donné les expériences antérieures de l'autre (qu'on soit d'accord ou non).
- Dire avec quoi on est d'accord (il est extrêmement rare que l'on soit en total désaccord avec quelqu'un).
- Dire ce qu'on est prêt à faire pour répondre aux demandes de l'autre ou pour aider l'autre à obtenir ce qu'il (elle) souhaite.
- Montrer son appréciation de ce que l'autre fait.
- Remercier l'autre pour ce qu'il a fait pour soi.

Différentes façons d'invalider

- Communiquer que les émotions, les besoins, les désirs, les pensées, les opinions et les actions de l'autre sont mauvais, erronés, illégitimes ou ne méritent pas notre attention et notre respect.
- Montrer qu'on n'accepte pas les émotions, les besoins et les pensées de l'autre, qu'on ne les trouve pas légitimes, dignes d'être reconnus. Exemples : « Tu ne devrais pas penser cela… Tu n'as pas raison de ressentir telle émotion… Tu devrais être satisfait(e) et ne pas en demander plus… »
- Minimiser les sentiments ou les préoccupations de l'autre.
- Dire à l'autre ce qu'il « devrait » ressentir ou vouloir.
- Porter un jugement négatif.
- Traiter l'autre comme un incompétent.

Inspiré de Fruzzetti, A.E. (2008). *Régler les conflits de couple* (traduction de G. Patenaude). Saint-Constant, Québec : Broquet.

Une procédure de résolution de problèmes revisitée

La thérapie comportementale et cognitive de couple propose depuis longtemps une procédure de résolution de problèmes pour aider les couples à résoudre leurs inévitables conflits (Gottman et al., 1976 ;

Jacobson & Margolin, 1979). Cette procédure très logique se résume en deux phases, celle de la définition du problème et celle de sa résolution. Pour chacune de ces phases, les conjoints doivent être en mesure de maîtriser les habiletés de communication nécessaires pour mener à bien la tâche. Beaudry et Boisvert (1988) résumaient ces habiletés par les comportements d'émetteur et de récepteur qui favorisent une bonne communication (savoir présenter sa plainte, décrire le comportement dérangeant de l'autre, utiliser le « je », ne pas faire d'accusations, écouter, reconnaître sa part de responsabilité, être bref, valider, vérifier et poser des questions). Tout en maintenant ces acquis, Fruzzetti (2008) propose aujourd'hui une nouvelle façon de présenter le processus de résolution de problèmes qui tient compte des derniers développements en thérapie conjugale.

Conception de base du processus

Fruzzetti (2008) aborde la procédure de résolution des problèmes conjugaux sous l'angle de la *gestion* des problèmes. Cela n'est pas une simple question de vocabulaire. Lorsque l'on parle de *résoudre* un problème, on a en tête qu'on trouvera une solution qui viendra mettre un terme au problème pour longtemps. Parler de *gestion* réfère plutôt à des activités d'organisation, de planification et de suivi nécessaires pour atteindre ses objectifs, comme dans le domaine des finances ; en ce dernier, les choses changent régulièrement et le gestionnaire doit continuellement s'adapter en fonction de ces changements (les comptes à payer, les revenus qui augmentent ou diminuent, la valeur de la monnaie, les dépenses inattendues, etc.). Comme les conflits dans les relations conjugales sont le plus souvent liés aux différences entre les conjoints et qu'ils ont tendance à se reproduire souvent, même si on pensait les avoir réglés, il est plus constructif et sans doute plus réaliste d'aborder les problèmes sous l'angle de la gestion, de la négociation des solutions et même de l'acceptation du problème (quand il ne semble pas possible de trouver une entente à court terme).

Étape préliminaire

Avant même d'aborder la gestion des conflits, il est important que les conjoints soient en mesure de *créer un climat de collaboration pour aborder le problème*. Car, comme nous l'avons vu dans le dernier point du Chapitre 1, « Les hypothèses explicatives des difficultés conjugales », les émotions négatives intenses sont associées à un état de dysfonctionnement dans lequel les fonctions cognitives et d'autocontrôle ne sont pas optimales et où la personne n'exprime pas clairement ses émotions. Elle oublie ses buts à long terme dans la relation (c'est-à-dire aimer et être aimée) pour prioriser son but à court terme, soit réduire sa

détresse (par la fuite, l'attaque, la défense, etc.). Or, c'est souvent dans cet état de suractivation émotionnelle que les conjoints veulent résoudre leurs conflits. Pour les aider à apaiser la tension liée aux émotions négatives et permettre une plus grande écoute, le thérapeute suggère aux conjoints d'aborder la résolution de conflits d'une manière nouvelle, soit en mettant l'accent sur l'importance d'établir et de maintenir entre eux un climat de collaboration durant tout le processus de gestion du conflit. Se percevoir comme un coéquipier, un compagnon ou une compagne pour faire face à ce qui oppose les partenaires, ne pas permettre aux émotions et aux jugements négatifs que l'on a eus dans les précédents conflits de dicter ses réactions, trouver une manière « d'être ensemble » au moment présent sont des comportements essentiels pour créer un climat harmonieux et faire disparaître la peur et le ressentiment très souvent présents lorsque survient le problème. Une des premières stratégies pour y arriver, c'est que chacun puisse apaiser ses émotions négatives, prendre le temps *d'observer et de décrire pour lui-même* la situation problématique, son expérience personnelle dans la situation (ses pensées, son bien-être, ses émotions et ses sensations) et celle de son partenaire, en laissant de côté ses jugements négatifs et ses analyses explicatives habituelles.

Définition du problème

La plupart des problèmes de couple impliquent qu'un conjoint veut que l'autre change. Cela est une solution et non pas la définition du problème. Par exemple, Frédéric déteste préparer des repas et il pense que le problème est qu'il doit préparer quelques repas. Alice pense que le problème est plutôt qu'elle est responsable de trop de tâches dans la maison. Aussi, ils se querellent souvent au sujet des tâches ménagères et de la préparation des repas. Comment pourrait-on définir ce problème ? Y a-t-il deux problèmes séparés, mais liés ? Si on veut définir le problème d'une manière acceptable pour chacun des conjoints, il est utile de le concevoir comme un processus en évolution, en termes de *séquences d'interactions*. Par exemple, Frédéric a déjà tenté de préparer les repas et, pour lui, l'expérience a été catastrophique. Par la suite, il s'est senti ridiculisé par Alice qui, en un tour de main, sait toujours comment concocter de bons repas. Il s'est bien promis qu'il ne recommencerait plus. De son côté, Alice doit de plus en plus s'acquitter seule des tâches ménagères, en plus de planifier et de préparer les repas. Comme elle travaille à temps plein, elle trouve que cela est injuste et voudrait que Frédéric propose de partager ces tâches ; ce serait un simple geste de reconnaissance et d'amour envers elle. Elle croit qu'elle ne devrait pas avoir à le demander. À l'approche des repas, le climat devient tendu. Alice fait beaucoup de bruit pour que Frédéric, qui est dans

son bureau, réalise qu'elle prépare le repas. Il sent la pression et se dit : « Pourquoi insiste-t-elle pour me faire vivre un échec ? Pour elle, c'est facile et elle ne comprend pas à quel point je peux me sentir incompétent. » Exaspérée, Alice lui crie : « C'est encore moi qui prépare tout. Tu es sans cœur et égoïste. » L'analyse de cette séquence d'interaction permettra de constater que le problème n'est plus de savoir qui de Frédéric ou de Catherine a raison ou tort, mais plutôt la manière dont les conjoints communiquent au sujet des tâches. L'analyse implique qu'il faut être très descriptif et spécifique, remarquer à la fois les détails liés au contexte dans lequel le problème survient et les conséquences du comportement (ou de l'absence de comportement) sur la personne et sur le conjoint. Cela correspond à l'analyse comportementale des séquences d'interactions où chaque étape qui mène au problème peut être identifiée.

Dans la définition même du problème, les conjoints doivent partager leurs sentiments sur cette question, identifier leurs désirs ou leurs attentes à ce sujet, tout en étant prêts à écouter, à valider les sentiments et les désirs de l'autre. Ce partage dans un climat de collaboration leur permettra de négocier par la suite en tenant compte des besoins de chacun, de faire des propositions telles que chacun puisse se sentir « bien » avec la solution choisie.

Négociation des solutions

Cette partie s'apparente beaucoup aux stratégies traditionnelles de résolutions de problèmes. Nous les résumons dans les points suivants :

1. *Se préparer à agir différemment*. Identifier ses propres réactions, ses jugements ou ses pensées habituelles dans la situation et se préparer à agir différemment dans la prochaine discussion.
2. *S'entendre sur un sujet à la fois*. Quand les conjoints ont analysé le problème, ils découvrent souvent qu'il y a plusieurs sujets conflictuels dans la séquence d'interactions. Ils peuvent les noter et en choisir un comme sujet de discussion.
3. *Imaginer différentes solutions possibles*, sans juger pour le moment si ces solutions sont bonnes ou mauvaises. Les conjoints commencent par identifier ce que chacun peut faire ou ce qui relèverait de sa responsabilité plutôt que de dire à l'autre quoi faire. Le thérapeute suggérera aux conjoints de rester ouverts, créateurs, et de garder une attitude constructive dans le respect de chacun.
4. *Faire une liste des solutions suggérées*.
5. *Analyser chacune des solutions*. Durant cette étape, il s'agit d'évaluer les différentes solutions apportées, en examinant les conséquences positives et négatives de chacune d'elles. Les conséquences peuvent évidemment être différentes pour chacune des parties en présence. Il est

donc très important que chacun exprime clairement son point de vue. Chaque solution est classée selon qu'elle est « très bonne », « bonne », « ni bonne ni mauvaise », « mauvaise » ou « très mauvaise ».
6. Fruzzetti (2008) suggère ici aux conjoints de *prendre une pause dans la négociation* pour que chacun réfléchisse aux différentes solutions, qu'il précise celles qu'il aime et pourquoi. Puis, les conjoints peuvent partager leur point de vue.
7. *Prendre une décision ou négocier une entente*. La décision découle logiquement de l'analyse des solutions. Il faut toutefois préciser que l'entente doit être claire, c'est-à-dire qu'elle doit décrire en termes comportementaux le changement que fera chacune des personnes, le moment et la fréquence des comportements souhaités, et, si possible, inclure des signes concrets (indicateurs) pour aider les parties à se souvenir de leur décision. Il se peut que la négociation soit difficile et que les conjoints doivent reprendre l'analyse du problème avant de s'entendre sur une solution.
8. *La vérification des résultats*. Si les changements ne semblent pas satisfaisants, il faut recommencer le processus et chercher de nouvelles solutions. Il est donc important de prévoir un laps de temps pour appliquer la ou les solutions choisies et un moment précis pour en évaluer les résultats.

Reformulation des conflits

Selon Jacobson et Christensen (1996), les futurs partenaires d'une relation amoureuse se choisissent en fonction de certaines de leurs similarités et de certaines de leurs différences (les caractéristiques de l'un pouvant correspondre aux attributs que l'autre n'a pas, mais souhaiterait posséder, ou à une caractéristique que l'autre valorise). Au fil de la relation, le contexte de vie change. Ces similarités, et surtout ces différences, positives au début, peuvent prendre une valeur aversive et être une source de conflits.

Les conjoints qui consultent un thérapeute ont généralement des conflits dans divers domaines. S'il y a une chose qu'ils savent déjà, c'est qu'ils sont différents relativement à ces domaines et souhaitent aplanir ces différences qu'ils estiment souvent causées par une sorte de déficience chez l'autre : un trait de personnalité négatif, un trouble psychologique ou une incompétence sur le plan personnel (Jacobson & Christensen, 1996). Très fréquemment, ils s'attendent à ce que la solution vienne d'un changement de comportement ou même de personnalité chez l'autre. Une des premières constatations qu'ils font dans la démarche est que leurs stratégies pour tenter de changer le comportement de l'autre, pour le rendre davantage semblable à soi, sont souvent inefficaces. Ils apprennent ensuite que, s'ils espèrent que des changements

se produisent au cours de la thérapie, chacun devra travailler à modifier ses propres comportements plutôt que ceux de l'autre. Puis, ils apprennent que l'autre peut changer certains de ses comportements, mais en maintiendra d'autres parce qu'il ne souhaite pas ou ne peut pas les changer. À ce stade, s'ils entretiennent encore l'espoir de changer l'autre, ils se heurtent à une réalité incontournable : certaines de leurs différences ne peuvent être aplanies.

Aspects positifs des différences et des comportements jugés aversifs

Les différences entre les conjoints ne sont pas forcément négatives ou génératrices de conflits. Lors de la période d'évaluation, le thérapeute demande à chaque partenaire d'identifier les forces du couple, de l'autre et de soi, de même que ce qui les a attirés l'un vers l'autre quand ils se sont rencontrés. Cette information s'avère maintenant précieuse pour démontrer aux conjoints qu'ils reconnaissent actuellement ou ont déjà reconnu une valeur positive à certaines de leurs différences. De plus, une différence peut être perçue négativement dans une situation, mais positivement dans une autre. Christine peut présenter des comportements perfectionnistes qui agacent Serge lorsqu'ils font la vaisselle, mais qui le ravissent quand elle décore la maison avec un grand souci du détail. Simone peut se plaindre du temps que passe Raymonde à travailler dans le jardin, mais apprécier les tomates fraîches qu'elle cueille à même le plant ou la beauté du massif de fleurs qu'elle-même n'aurait pas la patience d'entretenir. Le fait de souligner les aspects positifs des différences ou des comportements ne vise pas à gommer leurs aspects négatifs, mais à permettre aux conjoints de reconnaître que ces deux aspects peuvent coexister. Les aspects négatifs des différences peuvent faire l'objet d'un autre type d'intervention.

Acceptation des différences

Rappelons-nous que les couples satisfaits vivent aussi à l'occasion des conflits liés à leurs manières différentes de faire ou de concevoir les choses, et que ce n'est pas la nature de ces conflits qui les distingue des couples non satisfaits, mais plutôt les stratégies employées pour résoudre ces conflits. Selon Jacobson et Christensen (1996), les différences ne sont ni intolérables, ni problématiques, mais naturelles et inévitables. Les conjoints doivent donc apprendre à réagir autrement relativement à leurs différences, à changer la perception qu'ils en ont, à les accepter davantage.

Jacobson et Christensen exposent cinq des thèmes sur lesquels les couples qui consultent un thérapeute peuvent présenter des différences

devenues des sources de conflits pour eux : (*i*) le thème de *proximité-distance* qui réfère aux situations très variées où l'un des conjoints souhaite être plus souvent avec l'autre alors que ce dernier souhaite davantage de moments pour être seul ou pour ses activités personnelles ; (*ii*) le thème de *contrôle et responsabilité* qui sous-tend le domaine des rôles dans le couple (qui s'occupe de quoi), de même que la prise en charge des domaines où aucun des partenaires ne désire le contrôle ou la responsabilité ; (*iii*) le thème de l'*amour* (« Tu ne m'aimes pas. Oui, je t'aime. C'est toi qui ne m'aimes pas ») ; (*iv*) le thème de l'*artiste* et du *scientifique*, qui reflète l'apparente opposition entre un conjoint plutôt spontané et bohème, et l'autre plutôt logique et structuré ; et (*v*) le thème de *conventionnalisme/non-conventionnalisme* qui réfère à la différence entre le mode de vie (par exemple, rangé *versus* plus éclaté) souhaité initialement avec le conjoint et le mode de vie actuel. Selon ces auteurs, lorsque les partenaires sont en conflit au sujet de ces différences et qu'ils échouent à modifier le comportement de l'autre, ils s'engagent dans un processus de polarisation qui consiste à se camper sur leurs positions respectives, ce qui rend les différences encore plus marquées. Ils se retrouvent donc mutuellement coincés dans un piège (*mutual trap*) dont ils ne savent plus s'échapper.

Souvent, les conjoints qui se sont ainsi piégés ne réalisent pas que l'autre est aussi coincé qu'eux. Chacun a tendance à ne voir que sa propre situation et à ne pas concevoir que les malaises et la souffrance qu'il ressent puissent être aussi intenses chez l'autre. Une façon de les aider à sortir du piège consiste justement à leur faire voir ce que l'autre vit et à leur faire comprendre la dynamique qui les amène dans cet état.

Prenons un exemple. Viviane et Samantha vivent ensemble depuis 10 ans. Elles travaillent toutes les deux et Viviane s'implique en plus comme bénévole pour un organisme communautaire aidant les femmes lesbiennes. Elles consultent parce que, depuis quelques années, les conflits sont de plus en plus fréquents entre elles et leur relation ne les satisfait plus. Durant la thérapie, elles se reprochent mutuellement d'être la cause de la détérioration de leur relation. Samantha considère que Viviane donne beaucoup de temps pour les autres parce qu'elle se désintéresse du couple. Elle se sent loin dans la liste des priorités de sa compagne et elle cherche à combler les moments de solitude en rencontrant ses amies plus souvent qu'elle ne le faisait auparavant. Pour sa part, Viviane estime plutôt que ce sont les nombreux engagements de Samantha avec ses amies qui montrent qu'elle ne ressent plus d'amour pour elle (le thème de l'amour). Elle croit que Samantha n'accorde aucune valeur à son travail de bénévole. Elle préfère prendre davantage de responsabilités plutôt que d'attendre que sa conjointe soit disponible pour elle. Par conséquent, plus elles réagissent par l'éloignement au manque d'implication qu'elles perçoivent chez l'autre, moins elles

s'impliquent, et plus l'autre s'éloigne (polarisation). Elles sont prises à leur propre piège. Au cours d'une rencontre, le thérapeute les amène à comprendre ce piège :

Thérapeute [à Viviane] : Qu'est-ce que le bénévolat représente pour vous ?

Viviane : Ce n'est pas le bénévolat comme tel qui m'intéresse. C'est plutôt de prendre mes responsabilités sociales. J'ai vécu moi-même beaucoup de situations difficiles comme lesbienne et j'estime que c'est mon devoir d'aider d'autres femmes qui font encore face aux mêmes difficultés en m'impliquant dans des causes. Samantha est plus jeune et elle vient d'un milieu très ouvert, elle ne comprend pas ça.

Samantha : Tu me prends pour une idiote, comme d'habitude.

[Viviane lève les yeux au plafond.]

Samantha : Je sais tout ce que tu as vécu. Seulement, je ne suis pas capable de supporter les comités de ceci ou de cela et les réunions qui n'en finissent plus. C'est une perte de temps. Pour moi, la meilleure façon de m'affirmer comme lesbienne, c'est de vivre pleinement sans me soucier de ce que les autres pensent ou font. C'est exactement ce que je fais avec mes amies, même si tu ne vois que le côté amusement de tout ça.

Thérapeute : D'accord, laissez-moi vous expliquer ce que je vois dans votre situation. Si je vous comprends bien, Viviane, vous accordez beaucoup d'importance à ce que les femmes lesbiennes puissent vivre leur orientation sexuelle positivement et votre façon à vous d'y participer, c'est de vous impliquer dans des causes reliées à cette question. Aussi, vous croyez probablement que Samantha n'accorde pas de valeur à ce que vous faites.

Viviane : Tout à fait.

Thérapeute : De votre côté, Samantha, le sort des femmes lesbiennes ne vous est pas indifférent et votre manière de vous impliquer, c'est de donner l'exemple en vous affichant ouvertement sans craindre les commentaires et les réactions des gens. Et vous avez l'impression que Viviane trouve votre manière d'agir plutôt frivole. Est-ce un bon résumé de votre position ?

Samantha : C'est pas mal ça.

Thérapeute : Vous vous rejoignez donc sur l'idée d'aider les femmes lesbiennes. Là où vous êtes différentes, c'est dans la manière de concrétiser cette aide. Cette différence vous a amenées à vous investir dans des activités auxquelles l'autre ne participe pas. Au fil du temps, vous avez fini par interpréter toutes les deux les comportements de l'autre comme étant le signe d'un manque d'implication ou d'amour.

Après cette intervention, Samantha et Viviane ne changeront peut-être pas leur manière d'aider la cause des femmes lesbiennes, mais elles percevront probablement moins négativement les comportements de l'autre à cet égard et elles auront sans doute moins tendance à les

interpréter comme un manque d'amour. Même si les tensions persistent au sujet de cette différence entre elles, l'intensité en sera probablement diminuée.

Modification d'un scénario habituel

Jacobson et Christensen (1996) proposent une procédure que nous utilisons fréquemment et qui consiste à faire une analyse fonctionnelle d'une séquence d'interactions et de voir, avec les conjoints, comment ils auraient pu agir autrement à chaque étape de la séquence d'interactions.

Dès le début de leur cinquième rencontre de thérapie, Gaétane et Léonard ont dit au thérapeute qu'ils avaient eu une dispute au cours de la semaine précédente, selon un pattern qu'ils avaient l'habitude de reproduire. Samedi soir, ils recevaient un couple d'amis avec un jeune enfant. Ils ont eux-mêmes deux jeunes enfants. Les trois enfants étaient assez bruyants et Gaétane était vraiment exaspérée. Elle a essayé de calmer les enfants sans beaucoup de succès. Elle s'est alors retournée vers Léonard et voici la séquence d'interactions qui s'est produite :

Gaétane : C'est moi qui fais tout ici.

[La cognition de Léonard était alors qu'elle était vraiment injuste, puisqu'il venait tout juste de donner le bain aux enfants.]

Léonard : Tu m'insultes, là. Tu ne vois pas tout ce que je fais.

[Gaétane lui a alors fait un doigt d'honneur. C'était l'insulte suprême pour Léonard, un manque de respect inacceptable. Alors, ils se sont boudés pendant toute la semaine.]

Après avoir analysé cette séquence d'interactions avec les conjoints, le thérapeute leur a demandé d'imaginer comment chacun d'eux aurait pu agir autrement à chaque moment de la séquence d'interactions pour éviter l'escalade. Et voici les comportements alternatifs auxquels Gaétane et Léonard ont pensé pour remplacer leur séquence d'interactions originale :

	Séquence originale	**Comportements alternatifs**
Gaétane	*[exaspérée]* C'est moi qui fais tout ici.	Est-ce que tu pourrais t'occuper des enfants et essayer de les calmer un peu, pendant que je sers un verre à nos amis ?
Léonard	Tu m'insultes, là. Tu ne vois pas tout ce que je fais.	Que voudrais-tu que je fasse ?
Gaétane	*[Doigt d'honneur]*	Je m'excuse, je ne voulais pas t'insulter. Ça me rend impatiente d'entendre crier les enfants.

Il est assez remarquable de voir comment les conjoints trouvent assez facilement de tels comportements alternatifs quand ils ne sont pas dans le feu de l'action.

Jeux de rôle sur les comportements négatifs

Jacobson et Christensen proposent aussi d'utiliser des jeux de rôle portant sur les comportements négatifs afin que les conjoints s'habituent à la survenue des conflits qui se présenteront inévitablement dans leur relation. Durant une séance de thérapie, il s'agit de demander aux conjoints de simuler un conflit qu'il leur arrive de vivre à la maison tout en les aidant à porter attention à ce qu'ils pensent et ressentent. Le fait que les conjoints ne soient pas dans un état d'activation émotionnelle lorsqu'ils commencent la simulation leur permet d'être plus attentifs à leurs propres comportements et à ceux de l'autre (gestes, ton, mimiques, émotions, pensées) sans qu'ils atteignent un état de suractivation émotionnelle. L'objectif de cet exercice n'est pas de prévenir les conflits, mais de changer le contexte dans lequel ils se produisent pour que les conjoints les tolèrent davantage lorsqu'ils surviendront dans la vie de tous les jours. Jacobson et Christensen proposent aussi de prescrire cet exercice à la maison. Chacun des conjoints choisit alors un moment où il n'y a pas de conflit pour simuler le comportement négatif visé. Après l'échange de quelques répliques, la personne qui a émis le comportement négatif révèle à l'autre qu'il s'agit de l'exercice qui était prévu. Voici comment pourrait se faire un tel exercice chez Samantha et Viviane qui sont en train de prendre un repas à la maison :

Viviane : J'ai une réunion ce soir.

Samantha : Pas encore !

Viviane : C'est une rencontre importante, je ne peux pas la rater.

Samantha [elle cesse de manger, pose sa fourchette brusquement ; les traits de son visage expriment la colère] : Elles sont toujours importantes, tes réunions.

Viviane : OK, on arrête. Ce n'est pas vrai, je n'ai pas de réunion, c'est l'exercice que le thérapeute nous a demandé de faire.

Samantha [elle se fige pendant quelques secondes, puis sourit] : C'est vrai ? Tu as fait l'exercice ! Et moi, j'étais déjà partie en guerre.

Viviane n'étant pas prise dans la spirale d'émotions que cette discussion déclenche habituellement chez elle, elle a pu reconnaître rapidement la réaction émotionnelle de Samantha et constater que celle-ci était très affectée par la situation. Pour sa part, Samantha a pu réaliser à quel point ses émotions devenaient rapidement intenses. Encore une fois, cet exercice ne vise pas la prévention des conflits, mais a plutôt pour but d'amener les conjoints à être plus conscients de ce qu'ils pensent

et ressentent quand les conflits se produisent, et à accepter davantage leurs émotions et leurs pensées au lieu de se laisser emporter par elles.

Quelques obstacles possibles au déroulement de la thérapie

Malgré une évaluation complète et précise, il arrive que des couples, qui ont donné leur accord au traitement proposé, ne parviennent pas à y adhérer suffisamment pour réaliser des progrès en dehors des rencontres avec le thérapeute. Selon Jacobson et Christensen (1996), la non-adhésion aux exercices à la maison dépend le plus souvent du thérapeute, soit parce qu'il demande des exercices inadaptés à la situation du couple, soit parce que les consignes n'ont pas été données correctement. Ils proposent diverses stratégies pour favoriser l'adhésion aux exercices : expliquer le rationnel et l'importance de la tâche ; s'assurer qu'elle est bien comprise ; impliquer le couple dans l'établissement de ses paramètres ; exagérer son aspect aversif de manière à ce que le couple, en l'effectuant, se rende compte qu'elle n'est pas si désagréable qu'ils l'anticipaient ; prévoir avec les conjoints les raisons qui les amèneraient à ne pas l'effectuer ; demander aux conjoints de s'engager verbalement à faire cette tâche et d'y revenir à la rencontre suivante. Ils proposent même, dans les cas extrêmes, de téléphoner aux conjoints avant la séance suivante pour vérifier s'ils l'ont faite. Selon eux, cette stratégie est si aversive pour les conjoints qu'ils seront prêts à faire l'exercice pour que le thérapeute ne les rappelle pas. Jacobson et Christensen estiment que l'application de ces divers moyens rend plus rares les situations de non-adhésion. Toutefois, aucun thérapeute n'est parfait, et les couples ne donnent pas toujours l'information pertinente qui permettrait de prévenir la non-adhésion. Par conséquent, une fois que le thérapeute aura révisé sa procédure pour s'assurer qu'elle est adéquate et aura fait les correctifs nécessaires, si la situation de non-adhésion persiste, il faudra regarder du côté du couple.

Chez certains couples, il est parfois complexe de planifier quelques rencontres à l'avance (par exemple, chez un couple où les conjoints ont chacun leur emploi et des enfants, ou occupent chacun un emploi à horaire variable). Il peut même être difficile d'obtenir plus d'une rencontre par mois. Certains couples acceptent aisément les dates proposées par le thérapeute avec l'intention sincère de s'y présenter, mais vont par la suite annuler plusieurs rendez-vous à cause d'obligations jugées prioritaires sur le moment.

Il n'y a pas de règle absolue concernant la fréquence des rencontres. Celle-ci doit être ajustée aux besoins et aux contraintes de chaque couple de façon à ce qu'il y ait un progrès réel vers les objectifs établis à la suite de l'évaluation. Théoriquement, une fréquence mensuelle pourrait

convenir dans la mesure où le couple n'a pas de difficultés sévères et effectue régulièrement à la maison les exercices proposés. Dans la pratique cependant, les couples qui ne sont disponibles qu'une fois par mois font souvent partie des couples qui n'ont pas le temps d'effectuer leurs exercices à la maison. Il y a aussi un risque que les couples qui font des exercices sur une longue période sans rencontrer le thérapeute soient confrontés à des échecs successifs (dans leurs exercices de communication par exemple) et abandonnent ces exercices devenus aversifs. Par conséquent, il est important de trouver une solution au manque de disponibilité d'un couple avant de s'engager davantage dans la thérapie. L'explication vient parfois de conflits non résolus pour lesquels les conjoints se punissent mutuellement et dont l'impact n'est pas toujours aisé à anticiper.

Parfois, la difficulté à fixer des rencontres à une fréquence adéquate peut être due à une surcharge de tâche réelle chez les conjoints malgré une bonne collaboration entre eux. Par exemple, certains parents sont tellement centrés sur le développement de leurs enfants qu'ils les inscrivent à un grand nombre d'activités qui les obligent à beaucoup d'accompagnement et de transport, réduisant d'autant le temps qu'ils pourraient consacrer à améliorer leur relation de couple. Il y a lieu alors de les encourager à réévaluer leur emploi du temps et la priorité qu'ils donnent à leur couple en examinant les raisons (incluant les cognitions et les émotions) pour lesquelles les activités des enfants leur apparaissent toutes si importantes. Cet exercice conduit généralement à un meilleur équilibre des priorités et donc à plus de disponibilité pour les rencontres avec le thérapeute.

Il arrive que des couples qui se présentent aux rencontres ne parviennent pourtant pas à faire les exercices demandés à la maison. Cela peut aussi être le résultat d'une surcharge de tâches combinée à des priorités mal réparties comme dans l'exemple du couple qui donne trop d'importance aux activités des enfants. De plus, il est possible qu'un couple, même en révisant ses activités et ses priorités, parvienne à peine à dégager un peu de temps en commun. Ce pourrait être le cas chez un couple ayant un enfant malade qui demande beaucoup de soins. Dans un tel cas, le thérapeute peut proposer des moyens différents de faire les exercices. Il peut s'agir d'utiliser le courrier électronique, les boîtes vocales, le texto sur un téléphone cellulaire ou encore de laisser un petit mot sur un bout de papier. Tous ces moyens permettent de faire des compliments, exprimer une demande ou une émotion, faire une critique constructive, etc., dans des moments où les conjoints ne sont pas physiquement ensemble. Ils sont d'ailleurs beaucoup utilisés par certains couples en début de relation pour montrer leur amour et leur attachement mutuels. Même s'il n'y a pas une instantanéité du dialogue et qu'il y manque le volet non verbal de la communication, cela permet

tout de même à chacun de réfléchir à la manière de formuler ses pensées ou ses demandes et rendra possiblement plus fructueux les quelques exercices qu'ils pourront faire face à face.

Une autre explication à la faible fréquence des exercices à la maison serait un contrôle aversif trop important qui décourage les conjoints d'interagir. Parfois, les échanges entre les conjoints ont pris une telle valeur aversive qu'il leur est difficile de surmonter la crainte du malaise que créent leurs discussions. Il convient alors d'augmenter la fréquence des rencontres de thérapie pour que les conjoints vivent des expériences d'interactions positives sous la supervision du thérapeute et, concernant les exercices à la maison, de mettre l'accent d'abord et avant tout sur l'augmentation du taux de renforcement positif.

Beaudry et Boisvert (1988) proposent trois explications à ce qu'ils appellent la résistance. La première est le non respect d'une règle non exprimée. Ce manquement peut venir du thérapeute ou des conjoints. Par exemple, un couple pourrait avoir convenu de ne pas aborder un sujet très personnel devant le thérapeute qui, sans le savoir, sollicite des informations sur ce sujet. Si en plus, l'un des conjoints répond à la demande du thérapeute, cela peut miner la relation de confiance avec le thérapeute et entre les conjoints, et par conséquent rendre moins probable leur participation aux exercices entre les rencontres. La deuxième explication allègue qu'une intention cachée ou un besoin non exprimé (*hidden agenda*) contredit les consignes du thérapeute. Il peut s'agir, par exemple, d'un conjoint qui a l'intention de mettre fin à la relation, mais qui accepte la thérapie de couple uniquement pour avoir le sentiment ou donner l'impression qu'il a tout essayé. Toutefois, Jacobson et Christensen (1996) mettent en garde contre ce type d'interprétation qu'ils estiment trop courante chez les thérapeutes. Cette situation existe cependant bel et bien. La troisième explication de Beaudry et Boisvert réfère aux attentes irréalistes. Par exemple, des conjoints peuvent désirer un changement et s'attendre à ce qu'il se produise rapidement avec l'application de quelques trucs même si le thérapeute les a amenés à verbaliser et à modifier ces attentes. Ou encore, ils peuvent s'attendre à ce que les exercices se déroulent sans émotion intense ou sans malaise. Ils se découragent donc à la première discussion infructueuse ou trop intense en émotion. Devant cette situation, le thérapeute a intérêt à expliquer ou réexpliquer que le but n'est pas de bannir les émotions et les malaises dans leurs interactions, mais plutôt d'apprendre à les accepter comme des manifestations physiologiques normales et à interagir plus adéquatement malgré ces émotions et ces malaises.

Un problème personnel important peut aussi conduire à la non-adhésion aux exercices à la maison. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre sur l'évaluation des relations conjugales, certaines problématiques individuelles peuvent être traitées dans le cadre de la démarche de

couple. Cependant, lorsque ces problématiques sont trop sévères (par exemple, un état dépressif important, un trouble de panique, un état de stress post-traumatique, une aversion sexuelle), elles rendent l'un des conjoints, ou les deux, incapable de participer adéquatement aux exercices. Aussi, dans cette situation, il est difficile de distinguer ce qui est réellement un problème de couple des conséquences du problème individuel. Il peut alors être préférable de suggérer à la personne de consulter en thérapie individuelle.

Les situations de non-adhésion au traitement que nous venons de voir ne représentent pas tous les obstacles possibles. Elles illustrent simplement les plus fréquents.

Thérapie de couple et thérapie sexuelle : vers une meilleure intégration

L'analyse de la nature des difficultés conjugales montre que les difficultés sexuelles et les difficultés de communication sont très liées. Parmi les personnes qui consultent pour un problème de couple, plusieurs éprouvent des difficultés importantes sur le plan sexuel et ceux qui consultent pour un problème sexuel ont très souvent des problèmes liés à leurs interactions conjugales et à la communication (McCarthy, 2010).

Si le lien est si important entre les deux types de problèmes, il peut être intéressant de se demander pourquoi certains couples préfèrent une thérapie de couple alors que d'autres choisissent une thérapie sexuelle. Une recherche a porté sur cette question en comparant des couples, qui demandaient une thérapie de couple, à d'autres couples qui demandaient une thérapie sexuelle (Frank et al., 1976). Les auteurs de cette étude n'ont pas trouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne la fréquence des problèmes sexuels. Cependant, les couples qui désiraient une thérapie de couple présentaient plus de problèmes de couple et avaient une attitude plus conservatrice vis-à-vis de la sexualité. On peut donc croire que les personnes qui consultent en thérapie de couple ont très souvent des problèmes sexuels, mais qu'elles peuvent être gênées d'en parler ouvertement. L'évaluation des difficultés conjugales devrait tenir compte de cette possibilité.

Si, d'une part, les problèmes de couple et les problèmes sexuels sont souvent liés, il faut dire que les résultats des thérapies de couple et ceux des thérapies sexuelles se rejoignent aussi très souvent. Il semble, en effet, que le fait de faire de la thérapie de couple axée sur l'amélioration de la communication ait une influence bénéfique sur la sexualité (O'Leary & Arias, 1983), tout comme la thérapie sexuelle a une influence bénéfique sur la communication dans le couple (Tullman et al., 1981). Tout cela ne signifie pas que l'on puisse utiliser indifféremment

l'une ou l'autre de ces thérapies. Il arrive que des couples présentent des problèmes sexuels sans qu'il y ait un grave problème de communication. Les procédures de thérapie sexuelle sont alors indiquées en priorité car, souvent, il ne suffit pas d'améliorer la communication pour que les relations sexuelles deviennent automatiquement satisfaisantes. De la même façon, il ne suffit pas de rendre les relations sexuelles plus satisfaisantes pour améliorer la communication. Il est donc très important, pour un thérapeute de couple, d'avoir de bonnes connaissances en thérapie sexuelle pour aider les conjoints à améliorer leurs relations sexuelles, même s'ils n'ont pas de graves problèmes sexuels, tout comme il est important qu'un thérapeute sexuel ait de bonnes notions de thérapie de couple (Appelt, 1984 ; Jacobson, 1983 ; McCarthy, 2010). Par ailleurs, en thérapie conjugale comme en thérapie sexuelle, les thérapeutes peuvent partager une même façon de concevoir la sexualité dans le couple comme une expérience interpersonnelle de partage de plaisir plutôt qu'une performance sexuelle individuelle. Le défi pour tous les couples, peu importe leur orientation sexuelle et leur état matrimonial, est d'intégrer l'intimité et l'érotisme dans leur relation (Perel, 2006).

Tout comme pour la thérapie comportementale de couple, l'analyse des procédures d'évaluation et de thérapie des problèmes sexuels est un domaine qui s'est grandement développé depuis quelques années. Nous espérons que l'intégration de ces deux domaines dans un même volume à l'intention des thérapeutes conjugaux et des sexologues contribuera au développement d'une pratique efficace, qui réponde aux besoins des couples.

Conclusion

La thérapie de couple nous apparaît comme une forme d'intervention comportementale particulièrement intéressante, mais également très exigeante. En thérapie individuelle, les difficultés psychologiques des clients apparaissent généralement en dehors des rencontres thérapeutiques alors qu'en thérapie de couple, les problèmes, notamment les problèmes de communication, se présentent souvent au cours des rencontres. Le thérapeute peut donc agir sur-le-champ et observer dans l'immédiat les effets de ses interventions. Cela exige donc, de sa part, une bonne intégration des fondements théoriques tout comme une bonne maîtrise des procédures d'intervention. Comme nous venons de le voir, il y a plusieurs procédures ou méthodes d'intervention possibles, mais c'est souvent l'intuition clinique qui permettra de juger de la pertinence d'utiliser l'une ou l'autre de ces méthodes. À notre avis, les défis que présente la thérapie de couple en font une forme de thérapie des plus stimulantes.

Pour en savoir plus

Fruzzetti, A.E. (2008). *Régler les conflits de couple* (traduction de G. Patenaude). Saint-Constant, Québec : Broquet.
Hahusseau, S. (2006). *Tristesse, peur, colère. Agir sur ses émotions*. Paris : Odile Jacob.
Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy : a therapist's guide to transforming relationships*. New York : Norton.
Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy : strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York : Brunner/Mazel.

Références

Appelt, H. (1984). Sexual dysfunction and partnership. In K., Hahlweg, & N.S. Jacobson (Eds), *Marital interaction : analysis and modification* (pp. 387–395). New York : Guilford.
Atkinson, D.R., Brady, S., & Casas, J.M. (1981). Sexual preference similarity, attitude similarity, and perceived counselor credibility and attractiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 504-509.
Baucom, D.H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York : Brunner/Mazel.
Beaudry, M., & Boisvert, J.M. (1988). *Psychologie du couple : quand la science se met à parler d'amour*. Montréal : Méridien.
Beaudry, M., Boisvert, J.M., Simard, M., et al. (2004). Communication : a key component to meeting the challenges of stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage*, 42, 85-104.
Bloomgarden, A., & Mennuti, R. (2009). Therapist self-disclosure : beyond the taboo. In A. Bloomgarden, & R. Mennuti (Eds), *Psychotherapist revealed : therapists speak about self-disclosure in psychotherapy,* (pp. 3–15). New York : Routledge/Taylor & Francis Group.
Boisvert, J.M., & Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Montréal : Éditions de l'Homme.
Boisvert, J.M., Beaudry, M., & Guay, S. (1998). Un programme de prévention des conflits conjugaux pour les jeunes couples. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2, 6-9.
Brown, L.S., & Walker, L. (1990). Feminist therapy perspectives on self-disclosure. In G., Stricker & M., Fisher (Eds). *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 135–154). New York : Plenum.
Choinière, G. (Mai 1989). Faut-il renoncer à l'amour-passion ? *Femme Plus*, 16-20.
Dallaire, Y. (2006). *Qui sont ces couples heureux ?* Paris : Le Livre de Poche.
Diderot, D. (1998). *Pensées philosophiques. Arles : Actes Sud* (document original publié en 1746).
Frank, E., Anderson, C., & Kupfer, D.J. (1976). Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *American Journal of Psychiatry*, 133, 559-562.
Fruzzetti, A.E. (2008). *Régler les conflits de couple* (traduction de G. Patenaude). Saint-Constant, Québec : Broquet.
Fruzzetti, A.E., & Iverson, K.M. (2006). Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In D.K. Snyder, J. Sumpson & J. Hughes (Eds), *Emotion regulation in families : pathways to dysfunction and health,* (pp. 249–267). Washington, D.C. : American Psychological Association.

Giblin, P., Sprenkle, D.H., & Sheehan, R. (1985). Enrichment outcome research : a meta-analysis of premarital, marital and family interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 257-271.

Gottman, J.M. (1979). *Marital interaction : experimental investigations*. New York : Academic Press.

Gottman, J.M., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL : Research Press.

Gottman, J.M., Ryan, K.D., Carrère, S., & Erley, A.M. (2002). Toward a scientifically based marital therapy. In H.A. Liddle, D.A. Santisteban, R.F. Levant & J.H., Bray (Eds.), *Family psychology : science-based interventions* (pp. 147-174). Washington, D.C. : American Psychological Association.

Gottman, J.M., & Silver, N. (2000). *Les couples heureux ont leurs secrets*. (traduction de D. Beaulieu). Paris : Jean-Claude Lattès.

Gray, J. (1994). *L'homme vient de Mars, la femme vient de Vénus*. Montréal : Éditions Logiques.

Greenberg, L.S. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy : the transforming power of affect. *Psychologie Canadienne*, *49*, 49-59.

Greenberg, L.S., & Johnson, S.M. (1990). Emotional change processes in couples therapy. In E. Blechman (Ed.), *Emotion and the family : for better or for worse,* (pp. 137–153). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Guay, S., Boisvert, J.M., & Beaudry, M. Novembre 1999. *Predictors of improvement in a primary prevention program of conflicts for young couples*. Affiche présentée au Congrès de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada.

Hahlweg, K., & Markman, H.J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy : empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 440-447.

Hahlweg, K., & Richter, D. (2010). Prevention of marital instability and distress. Results of an 11-year lontitudinal follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 377-383.

Hawkins, A.J., Blanchard, V.L., Baldwin, S.A., & Fawcett, E.B. (2008). Does marriage and relationship education work ? A meta-analytic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 723-734.

Henretty, J.R., & Levitt, H.M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy : a qualitative review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 63-77.

Jacobson, N.S. (1983). Expanding the range and applicability of behavioral marital therapy. *The Behavior Therapist*, 6, 189-191.

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy : promoting acceptance and change*. New York : Norton.

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy : a therapist's guide to transforming relationships*. New York : Norton.

Jacobson, N.S., & Follette, W.C. (1985). Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. *Behavior Therapy*, *16*, 249-262.

Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy : strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York : Brunner/Mazel.

Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M., et al. (2004). Functional analytic psychotherapy : cognitive therapy and acceptance. In S.C. Hayes, W.V. Follette, & M. Linehan (Eds), *Mindfulness and acceptance : expanding the cotnitive-behavioral tradition* (pp. 96–119). New York : Guilford.

Liddle, B.S. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, *43*, 394-401.

Markman, H.J., Renick, M.J., Floyd, F., et al. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training : a 4- and 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 70-77.

McCarthy, B.W. (2010). Integrating sexual interventions and psychosexual skill exercises into cognitive-behavioral therapy. *The Behavior Therapist*, *33*, 54-57.

O'Leary, K.D., & Arias, I. (1983). The influence of marital therapy on sexual satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *9*, 171-181.

Perel, E. (2006). *Mating in captivity*. New York : Harper-Collins.

Philippot, P. (2007). Thérapie basée sur la pleine conscience : mindfulness, cognition et émotion. In J. Cottraux (coordonnateur), *Thérapies cognitives et émotions. La troisième vague* (pp. 67-82). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Sevier, M., Elridge, K., Jones, J., et al. (2008). Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy. *Behavior Therapy*, *39*, 137-150.

Tullman, G.M., Gilner, F.H., Kolodny, R.C., et al. (1981). The pre- and post-therapy measurement of communication skills of couples undergoing sex therapy at the Masters & Johnson Institute. *Archives of Sexual Behavior*, *10*, 95-109.

Vandenberghe, L., & Marden, A. (2006). Client curiosity about the therapist's private life : hindrance or therapeutic aid ?. *The Behavior Therapist*, 29, p.41-46.

Whisman, M.A., & Snyder, D.K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. In W.K. Halford, & H.J. Markman (Eds), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 679–693). Chichester : Wiley.

Partie II

Couple, sexe et situations particulières

Chapitre 4
Vie conjugale et sexuelle des aînés[1]

Gilles Trudel, Noëlla Jarrousse

Introduction

La vie de couple et la vie sexuelle évoluent avec l'âge. Les études sur la dimension conjugale chez les aînés sont peu nombreuses comparativement aux études chez les plus jeunes. Pourtant, la vie de couple, dans un contexte de diminution du réseau social accompagnant le vieillissement, peut contribuer à un meilleur fonctionnement psychologique. De plus, les conjoints peuvent être, l'un pour l'autre, la principale source de soutien à une période de la vie où la santé tend à se détériorer.

Étant donné le manque d'études sur la vie de couple des aînés, les chercheurs ont pris pour acquis que les gens de cet âge vivant en couple sont probablement très majoritairement satisfaits de leur vie de couple. La réalité est probablement plus complexe. Des études sur le fonctionnement conjugal (Trudel et al., 2000) ont rapporté essentiellement deux voies possibles d'évolution de la vie de couple.

Suivant un premier point de vue, la vie de couple serait très satisfaisante au départ, le serait moins au milieu de la vie en raison des nombreuses activités et obligations (travail, enfants, activités sociales, etc.), puis redeviendrait plus satisfaisante vers la retraite.

D'autres études mettent en lumière le second point de vue suivant lequel la transition vers la retraite serait difficile pour le couple car elle se produit en même temps que de grands changements dans les habitudes

1. Les auteurs remercient Marie-Pascale Leblond et Geneviève Pilon pour leur collaboration à la rédaction de ce texte.

de vie (arrêt de la pratique d'une profession ou d'un travail, perte des relations sociales associées au travail, départ des enfants, diminution fréquente des ressources financières, augmentation progressive des risques de maladie, etc.). De plus, la retraite implique une réorganisation de la vie de couple. Les conjoints devront gérer une augmentation importante des loisirs et des activités en commun, donc passer beaucoup plus de temps ensemble. À cela s'ajoute une restructuration des activités domestiques attribuable à la présence simultanée des deux membres du couple dans les mêmes lieux. Un certain envahissement du territoire pourra évidemment se produire si l'un des deux membres du couple était déjà à la maison avant la retraite. Tout cela peut générer des tensions et des conflits. Évidemment, les études indiquent que les couples en difficulté avant la retraite continueront à avoir des problèmes conjugaux après. Cependant, la retraite exacerbe parfois les conflits et les amène à s'exprimer davantage au grand jour, parce qu'il n'y a plus la multitude d'occupations qui permettait souvent de masquer les problèmes. Il est peu probable qu'une situation conjugale difficile tout au cours de la vie donne lieu à une vie conjugale réussie plus tard. Il n'est pas étonnant de constater que la séparation et le divorce se produisent plus souvent qu'autrefois chez les aînés, même si cela est beaucoup moins fréquent que chez les couples plus jeunes.

Ce chapitre abordera d'abord le fonctionnement conjugal des aînés. Par la suite, nous examinerons l'évolution du fonctionnement sexuel des aînés. Nous mettrons aussi l'accent sur la fonction de la vie de couple et sexuelle chez les aînés dans le contexte de leur fonctionnement psychologique global. Finalement, en plus de considérations cliniques, deux études de cas seront présentées.

Satisfaction conjugale chez les aînés

Il reste à savoir quel scénario de vie de couple est le plus probable à la retraite : la transition difficile et les problèmes conjugaux qui en résultent ou la « seconde lune de miel » et l'amélioration de la satisfaction conjugale. Cette question et le lien entre le fonctionnement conjugal et le fonctionnement psychologique chez les aînés ont fait l'objet d'une attention particulière au Laboratoire de la vie de couple et de la sexualité de l'université du Québec à Montréal. Une première étude (Trudel, 2002, 2008), réalisée sur un échantillon de 1 000 sujets masculins et féminins de tous les niveaux d'âge (incluant une proportion représentative de sujets de plus de 60 ans) sélectionnés au hasard dans la région de Montréal, a montré que l'augmentation de la durée de la vie de couple et l'augmentation de l'âge sont en lien surtout avec une diminution du fonctionnement sexuel, mais ne semblent pas liées au fonctionnement conjugal. Les sujets de cette étude étaient de tous les niveaux d'âge.

Alors que l'étude précédente a été menée sur des sujets de tous les niveaux d'âge, deux autres études ont porté spécifiquement sur le fonctionnement conjugal des personnes de plus de 65 ans. La première de ces deux études fut réalisée sur un échantillon représentatif de 655 sujets québécois (Goldfarb & Trudel, en préparation) vivant en couple et ayant plus de 65 ans, dans le cadre de l'Enquête sur la santé des aînés. Cette étude évaluait notamment le niveau d'ajustement conjugal à l'aide du Questionnaire d'ajustement dyadique de Spanier (voir référence en annexe) et le lien avec les diagnostics, surtout de dépression et d'anxiété basés sur le DSM-IV. La seconde étude a porté sur 520 couples (1 040 sujets) de plus de 65 ans constituant un échantillon représentatif de couples québécois. Dans cette seconde étude (Trudel, en cours), plusieurs mesures de fonctionnement conjugal et une mesure continue de détresse psychologique provenant de l'Enquête Santé Québec ont été utilisées. Mentionnons aussi que tout avait été prévu dans la méthodologie de cette seconde étude pour garantir aux sujets la confidentialité : en particulier, leurs réponses aux questions n'étaient pas connues de l'intervieweur.

Dans ces deux études, peu importent les variations dans la méthodologie, nous avons trouvé que les couples aînés sont plus satisfaits que les couples dans l'ensemble de la population lorsque tous les niveaux d'âge sont présents. Cela peut s'expliquer de diverses manières, notamment par les séparations antérieures des couples non satisfaits (éliminant ainsi une proportion des couples non satisfaits chez les plus âgés), mais probablement aussi par le plaisir qui résulte d'avoir une vie commune plus intense compte tenu de la situation particulière des couples retraités (voir notamment Trudel et al., 2010).

Cependant, même si les recherches que nous venons de rapporter semblent favoriser le scénario de la « seconde lune de miel », il faut considérer qu'une proportion non négligeable des sujets aînés (12,1 %) rapporte de l'insatisfaction et de la détresse conjugale, indiquant qu'il y a plusieurs scénarios de vie conjugale à cette période de la vie. Le pourcentage de personnes insatisfaites est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (15,4 *versus* 8,9 %). D'autres sujets se situent à un niveau moyen de satisfaction conjugale, ce qui indique qu'une certaine proportion des aînés a des certaines réserves par rapport à leur vie de couple. Le pourcentage de cas de détresse conjugale tend à diminuer chez les 75 ans et plus, ce qui semble indiquer qu'à cet égard, les choses s'améliorent à partir de cet âge.

Or, la vie conjugale, comme nous l'avons mentionné plus haut, joue un rôle particulièrement significatif à cette période de la vie. Lorsque tout va pour le mieux, cela peut avoir un impact très positif sur la vie personnelle et psychologique des gens vivant en couple. Inversement, une vie de couple difficile à cette période de la vie peut avoir un impact particulièrement négatif sur le fonctionnement personnel des gens et notamment sur leur santé ou leur bien-être psychologique.

Vie de couple et détresse psychologique

Un aspect important de la vie de couple chez les aînés, c'est l'impact de celle-ci sur le bien-être personnel. Beach et Sandeen (1990) trouvent que la détresse conjugale est souvent associée à la détresse psychologique, notamment à des symptômes de dépression. D'autres études (pour une revue des écrits, voir Goldfarb et al., 2007) abordent le lien entre la détresse conjugale et les symptômes de dépression et, dans une moindre mesure, d'anxiété. Certaines études mettent en évidence ce lien alors que d'autres traitent de méthodes pour réduire les symptômes dépressifs en diminuant la détresse conjugale. Étant donné l'importance de la vie de couple chez les aînés, l'étude de ce lien mérite une attention particulière. Les deux études sur des échantillons représentatifs d'aînés québécois rapportées plus haut ont montré que les sujets moins satisfaits présentent deux fois plus de problèmes de dépression et d'anxiété que les sujets plus satisfaits. L'indice de sévérité de détresse psychologique double également (Trudel et al., sous presse).

Ces résultats obtenus chez des aînés montrent l'intérêt à étudier davantage leur fonctionnement conjugal car il a des répercussions qui dépassent la vie conjugale comme telle. Lorsque la vie de couple est satisfaisante après la retraite et chez les aînés, cela peut avoir des répercussions très positives sur la vie psychologique, mais les difficultés conjugales peuvent être une source de stress qui affecte profondément chacun des membres du couple.

Ce stress est d'autant plus important que le temps passé ensemble à cette période de la vie est plus long. L'évaluation de la vie de couple est donc particulièrement importante et doit se faire dans une perspective plus générale de l'appréciation du fonctionnement psychologique global des aînés. Une seconde conclusion de ces études est que le thérapeute conjugal travaillant avec des couples aînés doit évaluer non seulement la dimension conjugale, mais aussi des caractéristiques plus générales comme la présence de troubles psychologiques associés à cette détresse et voir comment le lien entre les deux s'est développé.

Fonctionnement sexuel des aînés

Même si le fonctionnement sexuel des aînés a fait l'objet d'un certain nombre d'études, d'enquêtes et de publications (Jarousse, 1995 ; Trudel, 2000, 2008) qui montrent l'importance du sujet, une revue des écrits effectuée récemment (Boudreau, 2010) indique que ce sujet reste encore largement tabou, notamment auprès des étudiants dans le domaine de la santé mais aussi, de façon plus surprenante, auprès des professionnels de la santé. Selon la croyance populaire, les aînés en vieillissant deviendraient progressivement « asexués » ; malheureusement, ceux-ci finissent souvent par adhérer à cette fausse croyance ce qui se traduit

par un retrait plus ou moins progressif de la vie sexuelle. Ils deviennent convaincus qu'il n'est pas adéquat ou convenable pour eux d'avoir une vie sexuelle à cet âge.

Dans les faits, certaines études sur le vieillissement indiquent que des changements importants de la réponse sexuelle se produisent tant chez les hommes que chez les femmes, mais d'autres études indiquent la persistance sous diverses formes de la vie sexuelle à cette période de la vie.

Une étude rapportée plus haut (Trudel, 2002) indique effectivement que, vers 60 ans, il y a une augmentation du nombre d'hommes et de femmes qui rapportent une diminution d'intérêt pour la sexualité. Jusqu'à 60 ans, ce taux reste inférieur à 10 %. Le changement significatif se produit à partir de 60 ans lorsque ce nombre triple, passant à près de 27 %. Il n'en demeure pas moins qu'une majorité de sujets de 60 ans et plus maintient un intérêt pour la sexualité.

Une enquête effectuée au Québec (Trudel, en cours) révèle que 56,6 % des gens de plus de 65 ans affirment avoir de l'intérêt pour la sexualité ; ce chiffre atteint 60,4 % si on se limite aux sujets de 65 à 74 ans, mais la proportion baisse, tout en restant majoritaire à 52 %, chez les 75 ans et plus. La présence de pensées sexuelles est également élevée dans ces groupes d'âge. En effet, 70,8 % des sujets (77,1 % des sujets de 65 à 74 ans et 66,6 % des plus de 75 ans) rapportent qu'ils en ont. On peut ajouter à cela d'autres statistiques montrant que 71 % des femmes et 74,7 % des hommes de plus de 65 ans disent éprouver à divers degrés du désir sexuel. Ces proportions varient en fonction de l'âge. Chez les hommes, cela va de 81,7 % chez les sujets entre 65 et 75 ans à 68,8 % chez les plus de 75 ans. Chez les femmes, 74,8 % des 65 à 74 ans disent éprouver du désir contre 64,9 % des femmes de 75 ans et plus. Ajoutons que si le désir reste présent, son intensité varie selon l'individu. C'est une minorité d'aînés qui rapporte un niveau élevé de désir. La présence du désir se manifeste aussi par le souhait d'avoir plus fréquemment des activités sexuelles (fréquence souhaitée) observé chez 80 % des aînés (84,8 % des 65-74 ans et 74,7 % des 75 ans et plus). Les activités sexuelles coïtales diminuent avec l'âge : en effet, elles ne persistent que chez 40,2 % des sujets de plus de 65 ans. Chez les sujets entre 65 et 74 ans, la proportion de ceux qui rapportent des activités sexuelles avec pénétration est de 51,4 % comparativement à 36,3 % chez les 75 ans et plus. D'autres activités, telles que les stimulations manuelle et orale et la masturbation, restent présentes ; seules les activités de pénétration anale sont marginales.

En revanche, des activités comme s'embrasser et se caresser (88,7 % de l'ensemble des plus de 65 ans, 89,3 % des 65-74 ans et 87,7 % des 75 ans et plus) sont très importantes dans la vie affective des aînés et indiquent que la sexualité non génitale prend plus d'importance à cet âge. Dans une moindre mesure, l'excitation sexuelle (59,2 % pour tous,

65,3 % chez les 65-74 ans et 51 % chez les plus de 75 ans) fait également partie du fonctionnement sexuel de la majorité des aînés.

Les valeurs des variables relationnelles liées à la sexualité sont relativement élevées chez les aînés : en particulier, plus de 60 % d'entre eux rapportent une bonne communication sexuelle (60,97 % des 65-74 ans et 59,13 % des 75 ans et plus). Dans une étude antérieure, Trudel et al. (2000) ont montré que les variables relationnelles prédisent de façon significative le fonctionnement sexuel chez les plus de 60 ans.

En résumé, des études indiquent qu'avec le vieillissement, la sexualité se transforme, mais elle persiste. En effet, malgré la diminution de certains types d'activités sexuelles, l'intérêt pour la sexualité reste présent chez une majorité de sujets, les idées sexuelles sont fréquentes, le désir reste largement présent même s'il diminue en intensité et des activités sexuelles non génitales et génitales continuent à être pratiquées. Les rapports sexuels avec pénétration sont cependant en baisse dans ce groupe d'âge. De plus, le rôle de la relation conjugale dans le fonctionnement sexuel des aînés est significatif.

À l'intérieur du groupe des 65 ans et plus, un effet général de vieillissement est aussi observé puisque les valeurs obtenues pour plusieurs variables révèlent une diminution du fonctionnement sexuel lorsqu'on compare les 65-74 ans aux 75 ans et plus. Cet effet de vieillissement peut aussi être étudié à travers ce qui se produit au niveau des étapes de l'activité sexuelle telles que décrites par Masters et Johnson (1971). L'encadré suivant propose une brève synthèse de cet effet de vieillissement sur la réponse sexuelle chez l'homme et chez la femme.

Effet de vieillissement sur la réponse sexuelle

Impact du vieillissement sur la réponse sexuelle masculine

- *Phase d'excitation* l'érection se produit plus difficilement et les caresses de la partenaire sont moins efficaces.
- *Phase de plateau :* l'érection se maintient difficilement.
- *Phase orgasmique :* l'expulsion du sperme se fait avec moins de force.
- *Phase de résolution :* la période réfractaire augmente.

Impact du vieillissement sur la réponse sexuelle féminine

- *Phase d'excitation :* baisse de la lubrification, nécessité de plus de temps, plus de caresses, plus de scénarios cognitifs érotiques ou de fantasmes pour provoquer l'excitation.
- *Phase de plateau :* moins grande souplesse vulvo-vaginale à cause de la baisse d'activité de la muqueuse, diminution de la concentration sur l'activité sexuelle à cause de la douleur (liée à l'hypersensibilité du clitoris et du méat urinaire).
- *Phase d'orgasme* reste présente si la sécheresse excessive ne provoque pas de douleurs ; le plus souvent, les contractions demeurent de bonne qualité et apparaissent à des intervalles de 0,8 seconde, surtout s'il y a un bon entretien de la musculature vulvo-périnéo-vaginale (comme avec les exercices pubo-coccygiens de Kegel).

Interventions cognitive et comportementale chez les couples aînés

Peu d'études substantielles ont porté sur l'intervention conjugale chez les aînés (Trudel et al., 2000). En fait, de façon générale, les aînés consultent moins en psychothérapie et les intervenants se disent peu préparés à travailler avec ce type de clientèle. On peut aussi supposer que la sexualité des aînés puisse générer des malaises chez les intervenants.

Une autre raison de cette lacune est sans doute le fait qu'une forte majorité des séparations ou divorces et des difficultés conjugales se produisent plus tôt dans la vie de couple. On prend pour acquis encore une fois que des couples qui durent depuis si longtemps n'ont pas particulièrement besoin de consultation conjugale. Or, l'étude citée plus haut indique qu'environ 12 % des couples aînés rapportent de la détresse conjugale. Même si la séparation ou le divorce restent moins fréquents à cette période de la vie, il n'en demeure pas moins que certains couples voient leur qualité de vie affectée par des difficultés conjugales importantes. L'impact de ces difficultés peut être exacerbé par le fait que les conjoints sont beaucoup plus souvent ensemble.

La plupart des programmes de préparation à la retraite ne tiennent pas compte de la dimension conjugale qui connaît, à cette période, de grands bouleversements, possiblement les plus importants de toute la vie. Préparer les couples à avoir de meilleures habiletés conjugales au moment de la retraite pourrait prévenir le développement de problèmes conjugaux durant la retraite, faciliter la transition vers la retraite au niveau conjugal et avoir un impact positif sur le fonctionnement psychologique.

Le programme « Vie de couple et bien vieillir » (Trudel et al., 2008) avait comme objectif d'enrichir la vie conjugale des couples. Ce programme consistait en douze rencontres qui regroupaient quatre ou cinq couples et qui duraient 2 heures chacune. Étaient éligibles les couples récemment retraités, ceux qui ne présentaient pas de problèmes conjugaux particuliers mais qui voulaient améliorer leur fonctionnement conjugal et sexuel au moment de la retraite. Il s'agissait donc d'un programme préventif. La moitié des rencontres visait à améliorer le fonctionnement conjugal et l'autre le fonctionnement sexuel. Les stratégies enseignées au cours de ces rencontres étaient celles qu'on emploie habituellement dans des interventions comportementales et cognitives pour atteindre ces objectifs. Ces méthodes (présentées dans le Chapitre 3, « La thérapie de couple ») consistaient dans des entraînements à la communication, à la résolution de problème, à l'échange de « renforçateurs » dans le couple, etc. Les méthodes sexuelles utilisées (présentées dans le volume 1 de cet ouvrage : Chapitre 12, « Troubles de l'érection » ; Chapitre 15 : « Désir sexuel hypoactif » ; Chapitre 16,

« Dysfonction orgasmique chez la femme ») consistaient en l'éducation sexuelle, les exercices bien connus de *sensate focus*, l'entraînement aux fantasmes sexuels, etc. Les concepts étaient illustrés à l'aide d'exemples spécifiques à la situation particulière de couples retraités et avançant en âge. À chaque rencontre, les participants recevaient un programme bien structuré d'exercices à pratiquer à domicile.

Les résultats de cette étude empirique et les relances effectuées jusqu'à un an après la fin de cette intervention brève montrent que des progrès significatifs se produisaient, objectivés par des mesures de fonctionnement conjugal et sexuel. Ces progrès, malgré une certaine baisse normale dans les relances, se maintiennent dans le temps notamment lorsqu'il y a comparaison avec le niveau de base du fonctionnement conjugal avant l'intervention.

Autres considérations cliniques

Dans sa pratique clinique, Jarrousse confirme ces résultats en mentionnant en outre que l'évolution de la sexualité n'est pas toujours la même chez les deux membres d'un couple vieillissant, comme par exemple lorsqu'un des deux souhaite évincer la sexualité de son projet conjugal.

On observe souvent, chez certains patients, des idées erronées ou négatives sur le fonctionnement sexuel : ainsi, l'homme peut être persuadé que le déficit androgénique lié à l'âge (DALA) est entièrement responsable de sa baisse de libido car il oublie de tenir compte d'autres facteurs tels que la fatigue, des problèmes de santé (obésité, diabète, etc.), le manque de motivation de sa compagne, etc. Il peut aussi s'être fixé un idéal de comportement sexuel qui n'est pas réaliste car il se réfère au fonctionnement de sa jeunesse : il aspire donc à une érection parfaite et à une grande fréquence des rapports sexuels, mettant l'accent sur la performance au détriment de la tendresse et du romantisme. En fait, en avançant en âge, les hommes gagnent à miser sur la tendresse plutôt que sur la performance sexuelle, et cette constatation peut les rassurer.

En plus de regarder les effets du vieillissement sous l'angle psychologique, l'homme et la femme qui présentent des problèmes sexuels à cet âge peuvent aussi recourir à une évaluation et à un traitement médical ou mécanique. Cela implique un examen clinique visant à dépister des problèmes organiques et incluant un bilan sanguin et hormonal. L'homme qui ne prend pas de dérivés nitrés peut se voir prescrire un un traitement vaso-actif. En cas d'impuissance, soit d'origine organique, soit causée par un manque de réponse aux drogues vaso-actives, on envisagera la possibilité d'une injection intracaverneuse au niveau pénien pour obtenir une érection presque parfaite (avec, bien entendu, l'accord et la participation de la partenaire).

Une autre alternative, beaucoup moins utilisée, mais utile en dernier ressort, est celle de la pompe à érection (vacuum). Le dispositif est simple et permet l'entrée du sang dans le pénis. Un anneau pénien permet de maintenir le sang dans le pénis provoquant l'érection pendant un certain temps.

Dans le cas de la femme, il arrive que la lubrification soit insuffisante, même si elle est amoureuse et attirée par le rapport sexuel. Elle peut alors utiliser localement sur la région vulvo-vaginale, s'il y a irritation, un gel hydratant, lubrifiant et bactéricide. Les exercices pubo-coccygiens de Kegel sont également conseillés.

En règle générale, il convient, avant d'aborder une thérapie traitant du désir et du plaisir chez un couple avançant en âge, de s'assurer de l'absence de détresse conjugale et de dépression.

Cependant, autant chez l'homme que chez la femme, il est possible de voir le traitement autrement que par des interventions médicales (Trudel, 2008). Dans un contexte de bonne communication conjugale, il est possible de concevoir que la vie sexuelle puisse aussi se poursuivre sans avoir recours à des interventions médicales importantes. D'une façon différente, les interactions sexuelles restent possibles tout au long de la vie, donnant ainsi un sens plus profond à la vie conjugale.

Présentation de cas

Franck et Monique

Ce couple, pris en charge par N. Jarrousse, était composé de Franck, 71 ans, ancien technicien en informatique et de Monique, 65 ans, autrefois aide-soignante, mais ayant pris sa retraite tôt, 15 ans auparavant. Monique souffrait de douleur au dos. Tous deux menaient sans regret une vie relativement peu active, sans pour autant éviter les voyages, divers loisirs et la vie de famille. Franck manquait de désir sexuel et, selon Monique, il ne lui demandait rien dans ce domaine ; elle a avoué qu'elle, de la même façon, ne lui réclamait rien. Mais, au détour d'une chamaillerie du quotidien, elle lui aurait lancé la critique suivante : « Qu'une meilleure vie sexuelle aurait un impact positif sur leur bien-être psychologique. » Ils ont donc décidé de consulter.

On leur a proposé une prise en charge en TCC et le protocole leur a été expliqué. Celui-ci a commencé par une analyse fonctionnelle qui n'a rien révélé de particulier au niveau des antécédents historiques des conjoints. Pour ce qui est des antécédents récents, on a noté certains détails qui pourraient s'avérer importants : Monique était trop proche de ses enfants, Frank souffrait de douleurs rhumatismales qui l'ont forcé à arrêter le vélo. Les deux éprouvaient un manque de désir.

À cause de cette situation, Monique manquait de patience avec son conjoint, elle avait moins de contact avec les gens de l'extérieur et se tournait plutôt vers les enfants. Quant à Franck, il avait du mal à exprimer verbalement ses sentiments, et avait tendance à être agressif ; il refusait à l'occasion les sorties et les voyages.

Au cours du traitement, on a essayé de cibler le principal problème du couple. Monique voyait le manque de désir comme étant la plus grande source de difficulté : il ne s'agissait pas d'un problème strictement sexuel. Frank, pour sa part, l'accusait d'être négligée, de s'habiller « comme une vieille », de ne parler que des enfants, de ne plus accorder de temps au couple. La thérapeute a vu là un vrai problème et, pour y remédier, a proposé un « relooking », à savoir : « …des changements au niveau de l'apparence, de la relation amoureuse et de la relation affective des deux conjoints ». Concrètement, cela a impliqué, entre autres, l'organisation d'un rendez-vous amoureux par chacun des conjoints (selon les disponibilités de chacun et leur budget, ils pouvaient choisir, par exemple, le cinéma, une promenade ou un week-end à deux, un verre sur le balcon, toute occasion de parler de leur couple, de leurs projets et des aspects positifs de leurs vies). Au cours de ces rendez-vous, ils devaient exprimer ce qu'ils aimaient chez l'autre et reconnaître les gestes de l'autre cherchant à faire plaisir.

La thérapeute a constaté que les patients avaient de la difficulté à se parler. Ceux-ci avaient l'impression, entre autres, de ne pas pouvoir trouver le bon moment. Franck se plaignait de la logorrhée de Monique (« C'est un moulin à paroles »). Pour remédier à ces difficultés, la thérapeute leur a proposé une technique, dite HEC (habileté élémentaire à la communication), qui implique le respect des cinq consignes suivantes :

1. choisir, pour l'échange, un moment approprié (où chacun est disponible) ;
2. choisir au départ un sujet qui ne risque pas de fâcher le conjoint ;
3. entretenir l'intimité et la qualité de l'échange ;
4. savoir positiver l'entretien (par exemple, avec une approche comme la suivante : « C'est bien, mais j'avais encore des choses à dire… ») ;
5. savoir s'arrêter afin que cela ne dure pas trop longtemps.

Les patients mirent en application ces consignes et surent créer ainsi plus d'intimité intellectuelle et sensuelle.

En réponse aux critiques de Frank sur sa façon de s'habiller, Monique s'est mise à consulter des catalogues de mode afin de soigner son apparence. De son côté, Frank a dû s'efforcer d'éviter les commentaires négatifs à ce sujet (arrêter, par exemple, de dire qu'un vêtement ne lui allait pas) et de s'exprimer de façon positive (proposer ce qui pourrait la mettre en valeur, lui suggérer un léger maquillage ou une nouvelle coupe de cheveux, etc.).

Franck a dû aussi modifier sa tenue vestimentaire en faveur d'un look plus moderne et, dans un autre ordre d'idée, proposer à Monique des rendez-vous.

C'est ainsi qu'après le sixième rendez-vous, le couple a vu une amélioration de leur communication amoureuse et un échange plus important de caresses, y compris des caresses sexuelles. Ce changement était lié aux progrès réalisés dans leurs modes de communication verbale, affective et attractive (changement de look).

Suite à une invitation souvent faite à ses patients par l'intervenante, le couple a accepté de faire partie d'un minigroupe de trois couples pour parler de leur histoire et s'informer, avec d'autres, sur le programme de « relooking », ce qu'ils n'avaient pas été capables d'envisager au départ. Un tel travail de groupe permet de maintenir les progrès accomplis et de fournir aux membres des exemples de mieux-être sexuel et conjugal.

En faisant le bilan de cette thérapie sexo-conjugale, la sexologue a constaté une meilleure communication entre les deux conjoints et un niveau plus élevé de satisfaction sexuelle.

Claude et Michel

Ce couple fut pris en charge dans le cadre du programme « Vie de couple et bien vieillir » de l'université du Québec à Montréal. Claude et Michèle sont ensemble depuis 38 ans. Peu de temps avant la retraite, leur niveau de satisfaction conjugale fluctuait, allant de modéré à élevé. Les membres du couple avaient déjà participé à un programme d'enrichissement de vie de couple nommé « Marriage Encounter », très populaire en Amérique du Nord. Ils considéraient qu'ils avaient de bonnes habiletés de communication. La transition vers la retraite ne semble pas avoir été difficile, du moins durant les premiers mois. Ils croient que leurs bonnes habiletés de communication ainsi que le fait d'avoir toujours été très occupés en dehors du travail et d'avoir mené une vie sociale très active les ont énormément aidés à traverser cette période de la vie.

La satisfaction au sein du couple a tout de même augmenté suite à leur participation au programme « Vie de couple et bien vieillir ». En effet, les membres du couple trouvent que, malgré le fait qu'ils maîtrisaient déjà plusieurs notions et habiletés en matière de communication, le programme leur a permis tout au moins de consolider leurs acquis. Le volet conjugal fut apprécié mais pas autant que le volet sexuel. Les exercices qu'ils ont le plus appréciés et qui les ont aidés à rafraîchir leurs bagages relationnels sont les huit étapes de la gestion de conflits, les exercices d'écoute active et le modèle ABC d'Ellis concernant les cognitions erronées sur la vie de couple.

Ils ont trouvé le déroulement des rencontres très dense compte tenu du grand nombre de stratégies d'intervention abordées à chaque semaine.

Le volet sexuel a été pour le couple d'une grande aide. Ils mentionnent que cet aspect de leur vie avait toujours été laissé pour compte et que plusieurs techniques vues lors des séances ont été des plus pertinentes. Selon Claude, l'exercice qui l'a le plus aidé est celui du *sensate focus*, qui vise le renouement avec la dimension sensuelle lors des activités sexuelles. Depuis les séances, Claude dit ne plus avoir eu de difficulté à obtenir et maintenir une érection. Quant à Michèle, elle a apprécié l'ensemble du volet sexuel, mais ce sont les exercices du *sensate focus* et la démystification de certains mythes et préjugés concernant la sexualité qui ont fait toute la différence. Selon elle, le programme a induit un réel changement dans sa façon de percevoir et de vivre sa sexualité. Le couple considère que le désir sexuel ainsi que la satisfaction sexuelle ont tous deux augmenté suite au programme. Sans contredit, le volet sexuel est celui dont le couple a le plus bénéficié.

Le programme semble avoir eu un impact positif sur leur santé physique et psychologique. En effet, Claude a remarqué des changements au niveau sexuel, en particulier la disparition de l'anxiété de performance. Il dit se sentir « plus léger » et ne considère plus que la pénétration doit être l'aboutissement d'un rapport sexuel. Quant à Michèle, elle constate une différence au niveau de sa santé mentale. Elle se dit moins anxieuse depuis le programme. De plus, elle se voit comme étant plus dynamique et ayant moins tendance qu'auparavant à dramatiser les événements du quotidien. En ce qui concerne la santé physique, le couple se trouvait déjà très en forme et n'a pas repéré de changements majeurs. Le programme leur a permis de réaliser à quel point le fait d'être heureux en couple pouvait avoir des répercussions perceptibles au niveau de la santé globale.

Le couple mentionne avoir « adoré » son expérience. Les deux conjoints avaient déjà un bon bagage de connaissances et une propension à l'altruisme. Le programme a eu pour effet de stimuler ces deux qualités. En particulier, ils ont pu enrichir leurs connaissances aux niveaux relationnel et personnel. Le programme a donc consolidé leurs acquis relationnels et leur a donné le goût de transmettre ces informations aux gens de leur entourage. Ces aptitudes ont pu également être appliquées à d'autres sphères de leur vie quotidienne telles que leurs relations avec leurs enfants et petits-enfants, ainsi qu'avec les membres de leur communauté. En bref, sans aucune hésitation, le couple est très satisfait du programme comme un moyen de transition vers une retraite bien vécue en couple.

Conclusion

Les études présentées montrent que la vie de couple peut s'avérer satisfaisante chez les aînés et que cela contribue au bien-être psychologique. D'autre part, la transition vers la retraite peut être difficile au niveau conjugal pour une proportion relativement importante de retraités et d'aînés. Par ailleurs, la réponse sexuelle change également de façon significative suite au vieillissement, mais la vie sexuelle se poursuit d'une façon ou d'une autre chez la majorité des aînés. Là encore, des difficultés plus spécifiques peuvent se présenter. Une intervention conjugale et/ou sexologique peut s'avérer utile pour optimiser ou traiter le fonctionnement conjugal et sexuel. Les couples aînés ne vont pas, la plupart du temps, se séparer si leur niveau de fonctionnement conjugal ou sexuel est insatisfaisant à cette période de leur vie. Des études indiquent aussi que les aînés ont peu tendance à consulter pour des interventions psychologiques (Woods & Clare, 2008). En fait, seuls les enfants très jeunes consultent moins qu'eux. En plus de la nécessité de faire de l'éducation à ce sujet pour les encourager à consulter au niveau conjugal, sexuel ou autre, il nous semble intéressant que les programmes de préparation à la retraite intègrent des séances pour préparer les couples arrivant à cette période de leur vie, afin d'optimiser leur fonctionnement conjugal et sexuel. Il est possible en effet d'agir de façon préventive dans le domaine conjugal et sexuel à cette période de la vie (Trudel et al., 2008).

Références

Beach, S.H., & Sandeen, E.E. (1990). *Depression in marriage*. New York : Guilford Press.

Boudreau, V. (2010). *Attitude par rapport à la sexualité des personnes âgées : recension des écrits des 20 dernières années*. Projet d'essai doctoral à l'université du Québec à Montréal, sous la direction de Gilles Trudel.

Goldfarb, M.R., & Trudel, G, (En préparation). The relation between dyadic adjustment and psychological functioning in older people.

Goldfarb, M.R., Trudel, G., & Boyer, R. (2007). Marital relationship and psychological distress : its correlates and treatment. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 109-126.

Jarousse, N. (1995). *Sexualité et vieillissement*. Ramonville Saint-Agne : Érès.

Masters, W., & Johnson, V. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris : Laffont.

Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life : the results of a survey. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 28, 229-249.

Trudel, G. (2008). *Dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement par des approches psychologique interpersonnelle et biologique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Trudel, G, (En cours). Enquête sur la santé des aînés : volet couple. Recherche subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada, MOP81281.

Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., et al.,et al. (2008). The marital life and aging well program : effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 23, 5-23.

Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Sexual and marital aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 381-406.

Trudel, G., Villeneuve, L., Préville, M., et al., (2010). Dyadic adjustment, sexuality and psychological distress in older couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 306-315.

Woods, R., & Clare, L. (2008). *Handbook of clinical psychology of ageing*. Chichester : John Wiley.

Chapitre 5

Cancer et sexo-conjugalité en TCC

Noëlla Jarrousse

La précocité des diagnostics et l'amélioration des traitements dans un certain nombre de cancers permettent à des patients de plus en plus nombreux de passer le stade de la maladie. À l'issue de ce parcours douloureux, les patients ont profondément évolué, tant sur le plan physique que psychologique, à telle point que Brotto et Kingsberg (2010) n'hésitent pas à parler de survivants, comme lors d'une catastrophe.

Pour reprendre les termes mêmes utilisés par ces patients, ils ont « flirté avec la mort ». Le but des thérapies est non seulement de les conserver en vie, mais aussi de leur offrir une qualité de vie. Soyons « cognitifs, obsessionnellement positifs » et amenons-les à « flirter avec la vie ». Le nom de cette maladie (du latin *cancer*) signifie crabe. Dans le langage symbolique, le cancer a deux pattes plus ou moins bien stylisées (une pour l'homme et une pour la femme), symboles du yin et du yang.

« On n'a rien choisi, rien demandé… » Le cancer se déclenche-t-il plus facilement lors d'un épisode de stress ? La science ne l'a pas encore réellement prouvé ! Le cancer est donc vécu comme un « coup du sort », une « injustice » qui renvoie à la notion de transmission intergénérationnelle et à l'identité sexuelle (Jarrousse, 1999).

Lors d'une étude ISQVC (Jarrousse et Khayat, 2010) (items sur la qualité de vie et le cancer) menée dans le service du professeur Khayat à Paris et portant sur 25 items, 75 % des patients ont affirmé avoir du mal à se déshabiller devant leur partenaire. Le fait que le type de cancer n'influe pas sur cette proportion montre qu'au-delà des

Sexualité, couple et TCC _ Les difficultés conjugales

éventuelles séquelles organiques, c'est l'ensemble de la personnalité et de l'image de soi qui est touché. Ainsi, 26 % des femmes ayant été traitées pour un cancer du sein se sentent sexuellement moins attirantes, ou insatisfaites de l'image de leur corps La moitié exprime une souffrance psychologique allant de l'anxiété à la dépression (Dolbeault et al., 2008).

De nombreux patients considèrent la sexualité comme un témoignage de leur vitalité, un rappel qu'ils ne sont pas seulement restés en vie mais qu'ils sont réellement vivants. Ils ne veulent pas simplement exister, ils veulent vivre.

Sur l'ensemble de la population adulte, 40 à 45 % des hommes et 20 à 30 % des femmes présentent des dysfonctions sexuelles (Lue et al., 2004). L'importance et la fréquence des problèmes sexuels après le traitement d'un cancer ont fait l'objet d'études depuis les années 1980 qui ont mis en évidence une augmentation des difficultés sexuelles liée à la physiopathologie du cancer et aux traitements utilisés pour le combattre (chirurgie, radiations, chimiothérapie, traitements hormonaux, médicaments cytostatiques). Il apparaît donc nécessaire de limiter au maximum l'impact sexuel des traitements et d'offrir aux patients des aides physiques et médicamenteuses d'une part, et un soutien psychologique d'autre part (Brotto & Kingsberg, 2010).

Cependant, la sexualité est un domaine souvent ignoré des médecins oncologues bien que beaucoup de cancers et de traitements aient une influence délétère sur elle, comme le montrent de nombreuses études menées tant en France qu'à l'étranger. En effet, la priorité pour eux est évidemment l'élimination de la maladie. Les patients, qui ont dans un premier temps pour seul objectif de survivre, n'osent pas aborder ces questions lorsqu'elles se posent à eux, par peur d'être incompris.

Pour remédier à ce problème, un travail d'équipe est nécessaire. Cette équipe devra déterminer, en fonction du dossier et de la personnalité du patient, la meilleure stratégie thérapeutique, afin qu'il puisse vivre le parcours médical dans les meilleures conditions. Notamment est-il préférable de commencer une psychothérapie ou une sexothérapie pendant ou après la chimiothérapie ? Le contexte familial et culturel doit aussi être pris en compte (Jarrousse, 2007a).

Le contexte particulier du cancer entraîne une prise en charge des difficultés sexuelles très différente de ce que l'on peut observer avec les autres patients. En effet, l'ensemble de l'entourage soignant doit être au fait des conséquences psychologiques et sexuelles du cancer et de son traitement. Ainsi, plus 40 % des femmes estiment que leur maladie ou leur traitement ont altéré leur vie sexuelle. Or, ces difficultés sont rarement, voire jamais, abordées lors du suivi médical, ce qui a amené l'Institut Curie à proposer des formations spécifiques aux interlocuteurs

Tableau 5.1 **Impact sexuel des différents cancers**

Localisation du cancer	Impact sur le patient femme	Impact sur le patient homme
Anus	Diminution du désir Possible diminution de la sensibilité du clitoris Dyspareunie Diminution de la lubrification du fait des radiations	Diminution du désir Dysfonction érectile
Vessie	Incontinence Dyspareunie Image du corps altérée par la chirurgie Diminution de l'excitation Difficultés orgasmiques	Incontinence Dysfonctions érectiles Détérioration de l'orgasme Image du corps altérée par la chirurgie
Sein	Image du corps altérée Perte des cheveux Ménopause Dyspareunie Lubrification	Image du corps altérée
Colo-rectal	Image du corps altérée Dyspareunie Inhibition du comportement sexuel	Image du corps altérée Dysfonctions érectiles Inhibition du comportement sexuel
Sphère génitale	**Cancer gynécologique** Image du corps altérée Perte des cheveux Diminution de la lubrification Dyspareunie Douleurs chroniques Difficultés d'excitation Anorgasmie Diminution du désir Perte de la sensibilité clitoridienne	**Prostate** Dysfonction érectile Diminution des sensations lors de l'orgasme Incontinence Dysfonction intestinale Féminisation Troubles de la miction, impériosité, incontinence Image du corps altérée **Testicules** Image du corps altérée Sensations orgasmiques altérées
Toutes localisations	Diminution du désir liée aux effets secondaires de la chimiothérapie Asthénie Dépression	

Sources : Brotto & Kingsberg, 2010 ; Dolbeault et al., 2008 ; Jarrousse & Khayat, 2000.

privilégiés des patientes (médecins, chirurgiens, infirmiers, psycho-oncologues) afin de répondre aux problématiques sexologiques et de fertilité rencontrées par les femmes atteintes de cancer du sein (Dolbeault et al., 2008).

Si la qualité de vie des patients diminue dans la phase diagnostique et thérapeutique, pour s'améliorer et se stabiliser avec le temps de survie, la détérioration de la vie sexuelle quasi systématique dans la phase diagnostique (90 % selon Andersen, 1985) persiste sur le long terme (Neyt & Albrecht, 2006). On peut ainsi observer des troubles sévères de longue durée (Robinson et al., 1993) touchant l'ensemble de la sphère sexuelle : absence du désir sexuel (64 %), dyspareunie (38 %), problèmes de lubrification (42 %), difficultés de l'orgasme (30 %) (Bami & Mondin, 2001).

Des différences notoires apparaissent en fonction des traitements. Ainsi, pour les patientes atteintes d'un cancer du sein, l'image du corps et de la sexualité est moins perturbée après une chirurgie limitée, préservant le sein, qu'après une ablation. Les femmes ayant un traitement par chimiothérapie ou par hormonothérapie sont en outre plus affectées dans leur sexualité que les autres (Dolbeault et al., 2008).

Les partenaires des patients sont aussi concernés par la sexualité. Ils posent des questions comme : est-ce que mon partenaire peut me transmettre son cancer par le sexe ? Est-ce que le sexe peut aggraver ou provoquer une reprise de son cancer ? Est-ce que les radiations peuvent passer dans mon corps lors du rapport ? Etc. (Brotto & Kingsberg, 2010). En outre, leur nouveau rôle de soignant et leur anxiété de l'avenir les amènent à ne plus considérer le patient comme un partenaire sexuel. Dans le tableau 5.1, nous pouvons entrevoir l'impact physique, corporel et sexuel de différents cancers sur la femme et sur l'homme. Pour ces raisons, nous intégrons toujours le partenaire dans la thérapie. Il se révèle d'ailleurs souvent un excellent co-thérapeute, s'il le veut et le peut.

Cependant, 84 % des patients interrogés souhaiteraient pouvoir en parler à un spécialiste de la relation conjugo-sexuelle et non à leur oncologue, le rôle de ce dernier étant de les orienter vers une aide adaptée par une personne qualifiée afin de pouvoir aborder plus facilement ces questions intimes (Jarrousse, 2002).

Une nouvelle enquête menée en 2010, en cours de dépouillement, confirme ces résultats et montre peu d'évolutions des comportements, avec cependant plus de partage des apports de chacun au sein du couple (Jarrousse & Khayat, 2010).

Pour évaluer la demande de prise en charge « cancer et sexualité », nous nous heurtons, aujourd'hui encore, à deux tabous de notre société : le cancer, qu'on aborde peu, et la sexualité, dont on peut

sourire en groupe, mais qu'on évoque rarement gravement dans le but de trouver une technique de résolution des problèmes, pour soi ou pour le couple.

Quel que soit le cancer, en dehors de l'aspect organique et de l'atteinte corporelle de l'estime de soi, les éléments cognitifs négatifs entraînent souvent des pensées parasites, d'autocensure sur le fait de ne plus oser s'habiller « cool » ou « sexy », et ce que le patient soit un homme ou une femme. « De quoi ai-je l'air ? Les autres vont penser que… je ne suis plus désirable… » Tout le travail thérapeutique s'organisera alors sur le questionnement :

- Ai-je raison de penser cela ?
- Cela m'arrange-t-il ? Si oui, pourquoi ?
- Sinon, pour moi, pour lui : que puis-je changer ? Par quel item facile commencer ? Est-ce possible et en ai-je vraiment le désir ?

En effet, ce questionnement, pour abrupt qu'il puisse paraître, est fondamental.

Pour certaines patientes, surtout entre 55 et 65 ans, le cancer peut apparaître comme une façon « élégante » de tourner la page de la sexualité qui n'avait, au demeurant, jamais bien fonctionné. Si la femme vient en thérapie pour faire comme avant, « mine de » pour ne pas perdre son conjoint, il y a de forts risques que le changement ne s'opère pas. La responsabilité de l'échec sera rejetée sur le « mauvais thérapeute ». Il est donc essentiel de bien positionner la prise en charge qui ne doit pas être une amélioration de la sexualité utilisée comme un alibi.

Pour le patient homme, la problématique semble différente car, malgré l'annonce de la maladie, l'homme reste souvent attentif à l'après et au sexe, surtout s'il est relativement jeune. « Vais-je redevenir comme avant ? ». Le thérapeute doit bien enregistrer sa demande : qu'attend-il de lui en quantité ? Qualité ? Plaisir ? Séduction ? Médicament ? Derrière le discours, le but plus ou moins exprimé est souvent de retrouver une toute puissance !

Il est donc indispensable de garder à l'esprit que chaque jour est différent et que chaque thérapie est adaptée à un patient précis. C'est ici qu'un thérapeute ayant une bonne expérience des TCC prendra une réelle valeur, car le patient est fréquemment très exigeant sur notre savoir et notre compétence médicale. Il nous dira d'ailleurs souvent : « Déjà le cancer, pourquoi moi ? Et en plus, je suis impuissant. Ça n'est pas possible. » (Jarrousse & Khayat, 2000)

Restant fidèle à une méthodologie simple, la triple colonne de Beck, facile et parlante pour le patient, rend toujours de grands services au cours des thérapies, ainsi que la ligne d'auto-enregistrement de l'angoisse face au comportement problème.

Triple colonne de Beck

Pensée irrationnelle	Émotions ressenties	Pensée rationnelle
Ma pensée angoissante, ma peur sans raison particulière au moment où elle arrive	Palpitations, transpiration, crampes, etc.	Stop… Arrête. Qu'as-tu de positif, constructif à imaginer maintenant ?

Ligne d'angoisse
Face à mon comportement problème, j'ai raison d'être angoissé :

0 Pas d'angoisse	....	8 Maximum d'angoisse

Et ce à renouveler chaque jour.

Auto-enregistrement de ses pensées négatives sur le cancer
« Il va revenir, ma vie ne vaut plus rien, rien ne sert d'avoir un projet… » (Jarrousse, 2007b)

Proposition cognitive à se faire :
- à court terme : je salue le jour d'aujourd'hui en disant un mot gentil et affectueux à l'autre. Demain, je respire à fond dans mon lit, fenêtre ouverte, je vais au jardin. Je prends la main de mon (ou de ma) conjoint(e) ;
- à moyen terme : parler de projets à deux, soirée, dîner, week-end : « Quand je vais aller mieux, on ira tous les deux… » ;
- à long terme : à définir.

« Chaque jour est une vie. Je ne baisse pas les bras. Par la pensée en positif, déjà j'existe. » Y croire à deux et créer une alliance patient-thérapeute constructive bienveillante et respectueuse, un accompagnement pour le patient et pour le couple.

Rien n'est réalisable sexuellement si le patient n'est pas déjà bien seul avec lui-même : « Bien soi-même dans sa tête et dans son corps pour être bien avec l'autre. »

Dans toute demande « sexualité et cancer », il s'agit d'aider à une relation sensuelle amoureuse réussie à défaut de performances que vous savez très bien vaines par exemple dans un cancer de l'ovaire avancé ou un cancer vessie/prostate au stade IV avec chimiothérapie épuisant le malade. Il faut oser aborder le problème de la sexualité, ici, sous l'angle du malade très fatigué psychologiquement et anéanti pendant quelque temps, voire longtemps, par le traitement. Il s'agit souvent plus de restaurer une harmonie du toucher, du plaisir à deux, une sexualité généralement sans pénétration mais qui, bien expliquée, peut s'avérer riche et innovante.

Néanmoins, pour les femmes ayant survécu à un cancer très grave, quel qu'il soit, il est essentiel de leur proposer une restauration de l'estime d'elles-mêmes, oser rester femme malgré « quelque chose en moins », oser s'hydrater avec un gel (gel à base de plantes – sauge – et d'acide hyaluronique) sans hormones en vente dans tous les pays francophones.

Pour l'homme, se référer au Chapitre 12 du tome I, « Trouble de l'érection », où produits vaso-actifs, vacuum et injections intracaverneuses sont largement décrits.

Mais n'oublions jamais que même avec une technique, le meilleur organe sexué reste la tête et l'échange verbal : mots, câlins, tendresse.

Cas clinique : cancer du sein

Christine, 34 ans, aide-institutrice sans enfant, vit avec Vincent, 32 ans, agriculteur indépendant. Ils s'entendent bien. À l'été 2008 survient brutalement un diagnostic de cancer du sein au stade II chez Christine. Tous deux vivaient ensemble depuis 8 ans sans heurts particuliers, sans sexualité transcendante non plus. Cependant, le couple se considérait heureux, ayant en projet une extension de l'exploitation agricole, et un projet pour elle de s'investir dans l'étude de la langue de signes et d'en faire un jour son métier pour les enfants en difficulté. Tout aurait pu continuer à « ronronner » sans l'arrivée de la maladie.

L'objet de la consultation : plus de désir et plus d'envie d'exister, de charmer… Vincent restait très attentif et bouleversé, aux petits soins. Nous avons ici un exemple assez classique de la transformation du mari amant en infirmier et du maintien de Christine dans le rôle de la malade qu'on protège et non de la partenaire sexuelle.

Le traitement de la tumeur et la chimiothérapie avaient pris fin ; le cancérologue, estimait que tout était rentré dans l'ordre et que seule la surveillance régulière était nécessaire. Cette surveillance, nécessaire sur le plan médical, restait très anxiogène et participait au maintien de l'identité de « malade ».

L'« équilibre » sensuel et sexuel du couple avait basculé dans le néant depuis 2 ans et personne n'avait évoqué la situation, eux-mêmes n'osant pas l'aborder. C'est l'affiche mise dans la salle d'attente du service d'oncologie à la Pitié-Salpêtrière qui a incité Christine à prendre finalement un rendez-vous seule.

Les questions générales d'usage – travail, famille, fatigue – n'apportent aucun élément particulier. J'en arrive à l'analyse fonctionnelle (Fontaine & Fontaine, 2007) où, dans les antécédents historiques, la jeune femme m'explique qu'elle n'a jamais eu d'attouchements ; elle se confie : « Je n'aime pas qu'on me touche, qu'on me caresse… car je pense que moi, j'ai trop caressé… ma petite sœur mais chaleureusement,

jamais sexuellement. Cependant c'est comme si j'avais donné toute mon énergie dans ces caresses pour elle (Johanna est trisomique) et que maintenant je suis neutre à tout cela et avec mon ami Vincent aussi. J'en profite pour le dire maintenant puisque je suis seule à la consultation. D'autant plus que les caresses, pour moi, ce n'est pas sexuel et avec Vincent, ça tourne tout de suite au sexe. Alors je vous demande, avec le cancer j'imagine que tout est fichu… »
Thérapeute : J'ai bien entendu le contenu de votre histoire avec votre sœur (caresses, toucher), j'ai bien compris aussi votre questionnement sur la sexualité, notamment les caresses avec Vincent (qui tourne au sexuel trop vite). Mais quel lien faites-vous avec le manque de désir et le cancer ?
Christine : À bien réfléchir, avant de venir ici, moi, ça m'arrangeait plutôt d'avoir un « alibi » pour avoir peu envie de faire l'amour, voire de refuser… Mais je ne me trouve pas normal d'agir comme cela. En plus Vincent est gentil, c'est un homme !

Je lui propose de se questionner sur l'estime de soi, l'image du corps. En fait, elle me dit que ce n'est pas vraiment un problème. Ses seins sont un peu asymétriques mais ce n'est pas catastrophique.
Christine : Non ! Si j'avais plus envie, si je pouvais me laisser caresser en douceur longtemps, comme moi j'ai donné, ce serait bien mais cela me semble impossible aujourd'hui.
Thérapeute : Pourquoi d'après vous ?
Christine : Je n'ai jamais rien dit et lui est trop rapide.

En fait, comme beaucoup de patients passant par le douloureux parcours du cancer. Cette période est parfois l'occasion de faire le point sur la sexualité d'avant : était-ce si bien ? La sexualité de maintenant : que veut-on et comment l'entretenir ?

Un entretien persuada Vincent de suivre un programme de caresses lentes à deux selon le protocole de Masters et Johnson (Jarrousse, 1988) et d'utiliser une huile hydratante sur tout le corps pour assouplir et adoucir les sensations. Cette méthodologie fit merveilles, surtout les caresses « habillées » pendant 20 minutes, le tout sur un fond musical, les sons harmonieux ayant par leur effet vibratoire un contrecoup sexuel et relaxant facilitant l'arrivée du désir.

Christine, au rendez-vous suivant, accepta les seins habillés… Au sixième rendez-vous, le couple précisa que, puisque les rapports sexuels étaient « interdits »… ils avaient eu deux relations sexuelles à la « demande » des deux. Le plaisir restait à trouver sexuellement.

Christine et Vincent souhaitaient encore s'investir dans quelques séances de sexothérapie. Nous avons insisté plus sur la communication verbale et la qualité de l'excitation (se dire « Oui, c'est bien », « Non, j'aimerais un autre endroit », « Plus fort ! », « Moins fort ! », etc.).

Christine finit par décrire, avec des séances espacées, qu'elle trouvait les sensations de plus en plus fortes.

Elle me dit cependant que, grâce au parcours de la maladie, elle venait de mettre en place une nouvelle relation amoureuse avec Vincent, ayant considérablement amélioré son :

• désir :

0 Aucun	....X...............	8 Maximum

• plaisir :

0 Aucun	....X.............................	8 Maximum

• communications amoureuses

0 Aucun	....X..............	8 Maximum

• meilleure affirmation

0 Aucun	....X.............	8 Maximum

Objectifs réels à moyen terme pour votre couple :

1. améliorer le plaisir (accepter un suivi à 4, 12 et 18 mois) ;
2. améliorer votre communication/complicité ;
3. oser mettre en place chacun votre activité personnelle.

Inscription des objectifs de chacun sur un papier avec mission d'en reparler ensemble puis au cours de la consultation :

1. se donner un rendez-vous par semaine pour faire l'amour : OK pour elle, OK pour lui ;
2. trouver un sujet de conversation, film ou livre, sur lequel parler et échanger, ainsi que des projets ;
3. lui : osera reprendre la piscine avec les copains, elle : osera sortir seule avec ses amies une fois par mois.

Pour certains couples, le cancer semble insurmontable. Cela correspond à une réalité dans le stade avancé et surtout lorsqu'il y a déjà toute une vie de famille à gérer. Néanmoins, quel que soit le type de traitement anti-cancéreux, la capacité à apprécier les contacts physiques est le plus souvent préservée à condition que la dépression associée ne soit pas trop importante. Ce dernier point devra être pris en charge avant toute sexothérapie.

Toute cette étape « cancer et sexualité » est également d'autant plus difficile à gérer et à modifier s'il y a une fragilisation du couple. Dans ce cas, le test d'Azrin (Azrin et al., 1987) nous permettra de dresser un bilan qui peut nous conduire à prendre en charge cette conjugopahie avant toute sexothérapie.

La bonne motivation, le bon questionnement, l'amour de l'un pour l'autre et l'empathie du thérapeute permettront souvent au couple de partir vers une nouvelle harmonie.

Références

Andersen, B.L. (1985). Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Current status ant future research directions. *Cancer*, 55, 1835-1842.

Azrin, N.H., Master, B.J., Jones, R., et al.,et al. (1987). *Measures for clinical practice : a sourcebook* (pp. 458–459). New York : Free.

Bami, S., & Mondin, R. (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 8, p.149-153.

Brotto, L.A., & Kingsberg, S.A. (2010). Sexual consequences of cancer survivorship. In S.B. Levine, C.B. Risen & S.E. Althof, *Handbook of clinical sexuality for mental health professionnels* (2nd edition) (pp. 329-347). New York : Francis Group.

Dolbeault, S., Copel, L., This, P., et al. (2008). Enquête : intimité et sexualité après un cancer du sein. Institut Marie-Curie, société Simone Pérèle, communiqué de presse.

Fontaine, O., & Fontaine, P. (2007). *Les thérapies cognitives comportementales (TCC)*. Paris : Éditions Retz.

Jarrousse, N. (1998). *Les thérapies comportementales*. Paris : Éditions Ellébore.

Jarrousse, N. (1999). Qualité de vie, cancer et sexualité. Congrès AIHUS, mars 1999.

Jarrousse, N. (2002). Qualité de vie, amour, sexualité et cancer. In *Réseaux Cancer*, décembre, 24-26.

Jarousse, N. (2007a). Cancer et sexualité. ICACT. Congrès Cancer et traitement, Paris.

Jarrousse, N. (2007b). Cancer, amour, sexualité. In P. Lopès & F.-X. Poudat (Dir.), *Manuel de sexologie* (p. 230). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Jarrousse, N., & Khayat D. (2010). Étude ISQVC.(en cours de publication).

Jarrousse, N., & Khayat, D. (2000). *La volonté d'aimer. Cancer et sexualité : des réponses claires et précises*. Paris : Éditions Ellébore.

Lue, T.F., Basson, R., & Rosen, R. (2004). *Sexual medicine*. Paris : Édition 21.

Neyt, M., & Albrecht, J. (2006). The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors : a comparative study in Belgium. *Journal of Psychosocial Oncology*, *24*, *89-123*.

Robinson, E., Rennert, G., Rennert, H.S., & Neugut, A.I. (1993). Survival of first and second primary breast cancer. *Cancer*, *71*, 172-176.

Chapitre 6

Stratégies thérapeutiques face aux conséquences sexuelles et conjugales des victimes d'agression sexuelle[1]

Noëlla Jarrousse

Il nous a paru intéressant de consacrer un chapitre spécifique à la prise en charge comportementale et cognitive de l'adulte venant en consultation pour des plaintes sexuelles et conjugales au cours de laquelle sera évoquée une histoire d'abus sexuels dans l'enfance. Il ne sera pas question dans ce chapitre d'aborder les prises en charge médico-psycho-sociales immédiates des victimes de violence sexuelle (inceste, viol, etc.) ou le traitement des agresseurs (conduites paraphiliques, pédophilie en particulier : pour ce dernier sujet, le lecteur peut se reporter à la partie III, « Obsessions et compulsions sexuelles » du volume 1 de cet ouvrage), car ces thèmes demanderaient la rédaction d'un livre à eux seuls.

Nous focaliserons notre réflexion sur les modalités de prise en charge de l'adulte dont la plainte essentielle est d'ordre sexuel et conjugal. Ces symptômes peuvent entrer dans le cadre de l'état de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* ou PTSD pour les Anglo-Saxons), mais peuvent en n'être que les séquelles chroniques persistantes présentes des années après la période traumatique, isolées de toute autre pathologie. La présence d'un trauma ancien ou récent ne signifie pas qu'il y a un lien de cause à effet entre la plainte sexuelle et le trauma ; le patient peut évidemment avoir « cicatrisé sa plaie traumatique » et présenter un symptôme d'une toute autre origine.

---

1. Remerciements particuliers à F.-X. Poudat pour ses commentaires pertinents à l'élaboration de ce chapitre.

Plus la période écoulée entre le trauma et la prise en charge thérapeutique est longue, parfois de plusieurs dizaines d'années, plus le lien de cause à effet peut dans certains cas être difficile à démontrer et plus le risque de confusion entre réalité, supposition, accusation mensongère et contamination du « scénario traumatique » peut se développer, entraînant d'autres types de trauma pour le patient comme pour ceux qui sont accusés à tort.

Après que le problème sexuel ou conjugal a été bien analysé, notamment l'étude du lien éventuel avec le premier trauma, quelle qu'en soit son ancienneté, la prise en charge s'effectuera en deux temps : il s'agit d'une part de résoudre le lien encore douloureux avec le passé traumatique (cicatrisation de la plaie) et d'autre part de développer de nouvelles compétences avec une évaluation et une action sur les facteurs négatifs actuels (anxiété, ruminations mentales, conflits conjugaux, inhibition sexuelle, etc.), ainsi que sur les facteurs positifs actuels (estime de soi, gestion positive du corps et des émotions, affirmation de soi, etc.).

Rappels de concepts

Les violences sexuelles, chez l'adulte ou chez l'enfant, peuvent prendre différentes formes (Cocaud et al., 2008) :

- le *viol* correspond à un acte de pénétration sexuelle sur des personnes des deux sexes, commis par violence, force, menace ou contrainte ; cette agression, même entre époux, est considérée sur le plan juridique comme un crime jugé par une cour d'assises. Les faits commis sur des mineurs de moins de 15 ans (inceste, viol, etc.) ou sur une personne vulnérable sont des circonstances aggravantes ;
- l'*agression sexuelle* correspond à la même définition sans qu'il y ait eu pénétration et est passible du tribunal correctionnel.

Depuis la loi du 17 juin 1998, les infractions sexuelles sont classées en trois catégories : celles qui exploitent la débauche d'autrui (pornographie enfantine), celles qui portent atteinte à la pudeur ou à la moralité (exhibition sexuelle), et celles qui portent atteinte à la liberté et à l'intégrité sexuelle d'autrui (harcèlement sexuel, agression, viol, etc.).

L'*inceste*, rarement associé à une conduite pédophilique (le père pédophile ne touchant généralement pas ses enfants) (Bensussan, 2000), se définit par des abus sexuels entre personnes d'une même famille nucléaire. Le plus souvent, l'inceste est lié au père, mais l'inceste mère-fils est loin d'être rare. L'abuseur peut aussi être le frère ou la sœur, ou un membre de la génération précédente. La multiplication des familles recomposées fait apparaître un nombre croissant d'incestes avec le concubin ou le beau-père. Les incestes sont rarement avoués par la victime, et on estime à environ 10 % le nombre d'enfants victimes d'inceste. L'enfant ou l'adolescent subit ces événements de manière souvent passive, pour sa propre survie, par peur, par méconnaissance, par loyauté familiale…

Épidémiologie

Cocaud et al. (2008) ont résumé, par quelques chiffres, l'importance actuelle de ce problème de santé publique que représentent les violences sexuelles : pour l'ODAS (Office décentralisé de l'action sociale), en 2002, les violences sexuelles sont la première cause de maltraitance chez l'enfant (5 900 enfants ont été signalés comme étant victimes de violences sexuelles). La plupart des études constatent que 80 % des victimes sont de sexe féminin (tous âges confondus). En 1998, en France, 50 % des délits sexuels concernaient des mineurs (CFV – Collectif féministe contre le viol, Étude statistique sur les appels reçus, 1998) et, pour ce même collectif, 80 % des victimes entretiennent avec leurs agresseurs des relations familiales proches. Enfin, toujours cité par Cocaud et al. (2008), dans une enquête sur les violences envers les femmes en France de 2000, 11 % des femmes déclaraient avoir subi au moins une agression sexuelle dans leur vie.

Pour Séguy et al. (2008), « 80 % des pères incestueux ont plus de 40 ans, dans la plupart des cas ils n'ont pas d'antécédent judiciaire et sont relativement insérés dans leur vie professionnelle. Leur vie sociale est peu investie, pauvre, et ils sont repliés sur leur famille. Les situations de conjugopathie sont fréquentes. Il existe souvent une notion d'alcoolisme chronique [...] ». Les pères sont décrits soit comme des pères autoritaires, psycho-rigides, soit comme des pères inhibés, faibles, repliés sur eux-mêmes et immatures.

De nombreuses études ont répertorié les différentes conséquences des traumatismes sexuels, qu'elles soient immédiates ou à moyen et long termes. Il semblerait que les conséquences psychiques soient plus importantes quand nous avons à faire à des violences sexuelles, et que les conséquences sexuelles à moyen et long termes soient évidemment plus fréquentes quand le traumatisme initial est d'ordre sexuel.

Cas particulier du stress post-traumatique

Le DSM-IV différencie l'état de stress aigu qui se caractérise par un état de sidération de la personne pouvant aller jusqu'à un état de confusion et de déréalisation. Les troubles anxieux prédominent et les émotions ressenties physiquement et psychologiquement sont à leur maximum.

À côté de l'état de stress aigu, le PTSD est un trouble anxieux qui apparaît des semaines et des mois après un trauma, événement qui aurait été objectivement menaçant pour la plupart d'entre nous. Celui-ci a mis en jeu la vie ou l'intégrité physique du sujet, qu'il s'agisse de catastrophes naturelles, d'agressions urbaines ou familiales, de viol, de torture, de la mort d'autrui, etc., d'autant plus traumatique que les faits arrivent par surprise, entraînant un débordement du mécanisme d'adaptation

biologique et psychologique. Le PTSD peut apparaître à la suite d'un événement déclenchant qui n'a pas toujours de lien avec le trauma mais qui, par le biais d'un stimulus spécifique lié à cet événement, va réveiller le traumatisme qui est alors sans cesse revécu, comme une véritable ré-exposition. Il se caractérise aussi par des cauchemars, des ruminations, des comportements de repli ou d'agressivité.

Soixante-quinze pour cent des victimes de viol en souffrent (Cottraux, 2007), l'anxiété et la dépression y sont souvent associées. Il n'y a pas de tableau spécifique du stress post-trauma sexuel. Si parfois le patient se replie sur lui-même et attend que ça se passe (Cottraux, 2007), dans un tiers des cas, en revanche, le patient devient résilient et n'a pas obligatoirement de troubles sexuels sévères.

D'autres conséquences, à plus long terme, peuvent être retrouvées sans qu'elles soient à proprement parlé incluses dans le PTSD ; elles doivent, malgré tout, être repérées : état dépressif, troubles anxieux, conduites addictives (troubles alimentaires, alcoolisme, compulsions sexuelles, etc.), conduites paraphiliques, conduites à risque, troubles sexuels, pathologies conjugales, etc.

Clinique

Nous retrouvons, dans l'histoire de nombreuses femmes se plaignant de difficultés sexuelles, des antécédents d'abus ou de maltraitance sexuelle. Les plaintes sexuelles peuvent prendre diverses formes cliniques, allant de la frigidité au vaginisme en passant par l'anorgasmie et la dyspareunie. Il peut exister une véritable aversion tant pour la sexualité que pour l'autre sexe. Parfois, au contraire, nous retrouvons des conduites de compulsion sexuelle (la patiente cautionne par là même l'image dégradante, « sale », qu'elle a d'elle-même). D'autres plaintes seront d'ordre conjugal et relationnel, non pas uniquement en tant que conséquences des troubles sexuels mais comme problématique première et principale, la victime ayant projeté, la plupart du temps inconsciemment, dans le choix du système conjugal (et notamment dans le choix du conjoint), sa souffrance et sa colère longtemps refoulées, jamais nommées.

Lors de l'analyse fonctionnelle, temps essentiel de la prise en charge sexologique, le thérapeute recherchera, dans l'histoire de la plainte, les facteurs déclenchants et les facteurs fragilisants jouant un rôle dans l'apparition et le maintien d'un problème sexuel. Au décours de cette analyse fonctionnelle, en utilisant un type de questionnement stratégique spécifique, les patients aborderont l'existence ou non d'antécédents de traumas sexuels récents dans la période adulte ou plus lointains dans l'enfance. Lorsque le trauma est récent, le patient peut faire systématiquement le lien entre l'agression et le blocage sexuel. Il est parfois plus difficile de faire le lien tant pour le patient que pour le thérapeute

quand la violence sexuelle a eu lieu dans l'enfance et qu'elle n'a pas été résolue par un acte de réparation légal et/ou psychothérapique, vécu encore dans le silence et dans un conflit de loyauté familiale. La capacité à exprimer verbalement ou corporellement sa souffrance, sa culpabilité, sa honte, son dégoût de soi et de l'agresseur, sa colère envers soi et l'agresseur, voire envers d'autres personnes (l'autre parent par exemple), permet de rattacher plus facilement le trauma au mal-être actuel du patient, mais là encore, cela ne nous dit pas s'il existe un lien direct entre le trauma et le trouble sexuel actuel. Nous pouvons aussi avoir l'inverse, lorsque le patient se plaint de l'apparition récente d'une dysfonction sexuelle secondaire, après une période sexuelle très épanouissante, tandis que son histoire révèle un passé de traumas sexuels non résolu, cause du problème actuel.

Différents cas cliniques peuvent se présenter :

- la plainte sexuelle (rejet, dégoût, détachement, etc.) est « noyée » dans une symptomatologie complexe tant physique que psychique, le trauma est récent, de quelques heures, jours ou semaines ; nous sommes encore dans le cadre de l'état de stress aigu. Le problème sexuel n'est pas la plainte première, et n'est que rarement exprimée à cette étape. En revanche, l'anxiété est au premier plan et peut prendre une allure de sidération de la personne. L'évaluation des risques secondaires, notamment sexuels et conjugaux, sera à prendre en compte malgré tout assez rapidement pour ne pas enkyster certains symptômes. La prise en charge immédiate d'un inceste sur enfant ou d'un viol sur adulte demande un travail d'équipe pluridisciplinaire qui va bien au-delà d'un « débriefing immédiat », cette dernière méthode ayant ses détracteurs qui y voient un risque d'exposition trop brutale, ce qui peut être notamment le cas pour les traumas sexuels ;
- la plainte sexuelle (aversion, frigidité, vaginisme, dyspareunie, etc.) ou conjugale peut s'inscrire dans un tableau de PTSD, lui-même déclenché par un événement intercurrent de la vie quotidienne (conflit de couple, exposition à un événement qui réveille le premier trauma). Ce premier trauma est plus ancien de quelques semaines à quelques mois. Le patient fait le lien entre le trauma et les blocages sexuels et relationnels et celui-ci s'associe à d'autres troubles dont l'anxiété, la dépression, l'isolement social et l'agressivité. La prise en charge est psychothérapique, multimodale, utilisant en particulier les techniques cognitives et comportementales, notamment la relaxation ; d'autres auteurs intègrent dans leur programme stratégique l'hypnose et l'EMDR (*eye movement for desensitization and reprocessing*) ;
- les plaintes sexuelles et conjugales sont des séquelles de traumas passés souvent plus anciens. Ces plaintes sont isolées, sans autre signe de souffrance exprimée ou ressentie, même au décours d'une discussion concernant l'événement traumatisant. Le patient peut avoir résolu par

résilience (Cyrulnik, 2007) sa position face au trauma et « cicatrisé sa plaie », ou au contraire, par amnésie post-crise, avoir « refoulé » sa souffrance. L'entretien permettra, par une approche empathique, rassurante, chaleureuse, respectable, évidemment sans culpabilité, de faire le tri et de percevoir ainsi la différence qui existe parfois entre la résilience et le refoulement ;

- les plaintes sexuelles et conjugales sont liées à d'autres causes qu'au trauma. La prise en charge est classique comme pour toute dysfonction sexuelle.

Préambules thérapeutiques

Il n'y aurait, *a priori*, pas de différences dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques entre les différents traumas sexuels vécus dans l'enfance : inceste, viol, agression, etc. Il nous faut admettre malgré tout qu'au cours de la thérapie, nommer l'agresseur, donc se réparer, n'a pas le même sens que celui-ci soit un parent, un membre de la fratrie, un beau-père dans une famille recomposée, une personne extérieure pédophile, un mineur ou un majeur, voire un groupe d'individus. L'implication affective rend souvent la prise en charge plus complexe, le rapport à la culpabilité, la souillure et la honte n'est pas le même. L'abord thérapeutique sera également différent que nous soyons face à un adulte ayant subi un inceste dans son enfance ou face à un adulte ayant subi une agression sexuelle ou un viol dans un passé récent.

Différents facteurs peuvent soit faciliter, soit compliquer la prise en charge : la conscience du lien entre le trauma et les symptômes sexuels actuels, la capacité de résilience face au trouble, elle-même dépendant du vécu de sécurité ou d'insécurité affective de la personne, le regard porté par la victime sur elle-même et sur le contexte traumatique, le niveau de souffrance exprimée ou ressentie, sa qualité de vie actuelle, etc.

Même si, dans le cas qui nous concerne dans ce chapitre, le point de départ de la demande est le même (problème sexuel ou conjugal), le thérapeute prendra soin d'éviter de se focaliser et donc de se renfermer sur un diagnostic précipité et de faire un lien trop « évident » entre le trouble sexuel et un éventuel trauma. Il devra écouter puis reformuler ce que la personne dit concernant ses plaintes sexuelles actuelles et le malaise psychique, contextuel, qu'il y associe. Nous devons écouter les hypothèses que le patient élabore pour les expliquer, ainsi que les moyens qu'il a déjà utilisés pour y remédier (voir dans le volume 1 de cet ouvrage le Chapitre 5, « L'alliance, les plaintes, les attentes et les objectifs »).

Le thérapeute prendra soin de s'intéresser aux expressions émotionnelles du patient, à son discours concernant la sexualité, l'autre sexe, son propre corps, l'éducation sexuelle, les modèles parentaux, les référents féminins et masculins de son passé. Il analysera les capacités d'ancrage du patient dans la réalité du présent tant sur le critère de qualité de vie du couple que sur celui de l'estime de soi…

Lorsque le lien n'est pas clair entre une dysfonction sexuelle et un trauma, le thérapeute peut, de manière informelle, parler « autour de la scène traumatique » comme si c'était une des causes du blocage sexuel actuel (et si c'était vrai, qu'est ce que cela voudrait dire pour vous ?). Le patient peut décrire oralement, ou par écrit, la situation : quels sont les mots utilisés ? Comment décrit-il les rôles de chacun ? Quelles sont les émotions qu'il ressent, et comment les exprime-t-il corporellement ? Quels commentaires et quels comportements a-t-il pendant la séance ? Cette technique d'exposition sera d'autant plus pertinente qu'elle utilisera les émotions fortes et les pensées automatiques associées au cas où le patient les exprimerait au cours de l'entretien.

Lorsque le lien a été fait par le thérapeute et le patient concernant le rôle du ou des traumas dans l'apparition et le renforcement des troubles sexuels, nous nous retrouvons, dans l'analyse fonctionnelle, face à un triple axe de travail :

- prise en charge de la (des) scène(s) traumatique(s) originaire(s). La technique de « régression en âge » est utilisée, aidée en cela par une technique de sophro-hypnose ;
- prise en charge des conséquences du trauma, action sur les facteurs « négatifs » actuels : anxiété, stress, dépression, ruminations, agressivité, conflits. Les prises en charge cognitives et comportementales sont très pertinentes ;
- prise en charge des « facteurs positifs » développant les compétences et ressources du patient. Nous intégrons dans les programmes thérapeutiques les techniques d'assertivité, les programmes sur l'estime de soi et sur la qualité de vie. Enfin, la prise en charge sexuelle et conjugale sera évidemment au centre de l'épanouissement personnel et affectif.

Cas clinique

À la demande du médecin traitant, je suis amené à voir en consultation, Fabien et Emmanuelle qui vivent d'importantes difficultés conjugales depuis plusieurs mois. Les faits sont les suivants : après 8 ans de mariage, Emmanuelle, décoratrice d'intérieur, a mis au monde sa deuxième fille, très attendue, comme la première née 3 ans plus tôt. Le couple vivait en bonne harmonie tant sur le plan affectif et sexuel que sur le plan de la gestion des problèmes.

Le phénomène déclenchant fut le changement de lieu d'accouchement, aux habitudes différentes du premier établissement, qui proposa au père de baigner et essuyer le nouveau-né sur tout le corps, notamment au niveau des fesses et des zones sexuelles. Emmanuelle regarde Fabien essuyer consciencieusement, mais pas plus que les autres zones, autour de la vulve, comme l'avait demandé la sage-femme.

Emmanuelle éclate en sanglots, criant sur son mari : « Tu es malade ou quoi de regarder la vulve de cette façon ! ». L'agressivité envers lui est à son comble, incapable de s'arrêter de crier et de pleurer. Un flash lui était brutalement revenu à la conscience : « Je revoyais mon père tout à coup me caresser comme ça, doucement… ce fut terrible. » Au cours de l'entretien, elle raconta : « Quand j'étais enfant, je n'en avais pas véritablement souffert, c'est après, vers 13 ans, que je me suis dit c'est anormal… j'en voulais à ma mère de n'avoir rien vu, moi de n'avoir rien dit, de n'avoir jamais posé la question à ma sœur 2 ans plus jeune ou à mon frère… j'ai occulté, j'ai culpabilisé et après, j'ai eu honte, la police ou la rue peut-être ! Plus d'argent, ma mère ne travaillait pas… bref, j'avais voulu tout gommer et une scène heureuse a suffi pour faire remonter le traumatisme de mon enfance et adolescence. Quand je rencontrais un garçon, les caresses ne me gênaient pas, avec mon mari le sexe c'était plutôt très bien et en un clin d'œil tout remonte à la surface… »

Fabien a commencé à déprimer, à perdre confiance en lui, la sexualité du couple a quasiment disparu et, durant la période du baby blues, Emmanuelle avait même parlé de séparation.

Premier entretien (commun)

- Vécu actuel et point de vue d'Emmanuelle : quel est le problème pour moi ? En quoi est-ce un problème pour moi ?
- Vécu actuel et point de vue de Fabien : quel est le problème pour moi ? En quoi est-ce un problème pour moi ?
- Quelle est la réelle demande, à elle, à lui ?
- La prise en charge est-elle possible ?
- Qui en avait le plus envie ?
- Pour quoi faire ?
  - Rester en famille ?
  - Ne pas être seule ou seul ?
  - Parce qu'on s'aime ?
- Quelles sont les ressources du couple pour une reconstruction de la relation ? À combien je crois dans ma propre capacité et dans la capacité de mon conjoint à reconstruire mon couple ?
- Alliance thérapeutique avec empathie, écoute bienveillante, recadrage, reformulation.

Analyse fonctionnelle d'Emmanuelle (un mois après accouchement)

- Antécédents historiques : inceste vécu avec son père entre 4 et 12-13 ans.
- Adolescence difficile, rébellion vis-à-vis de sa mère à qui elle en veut le plus.
- Antécédents récents : mon accouchement « top » ! Mais mon mari nettoie le sexe de ma fille sous mes yeux… « médicalement ».
- Comportement problème : choc violent, reviviscence d'un traumatisme « passé » : inceste de 3 à 12 ans, conflit conjugal.
- Conséquences :

Conséquences sur l'individu	Conséquences sur l'environnement
Dépression (accentuée par le baby blues) Baisse de l'estime de soi Évitement, agression générale vis-à-vis des hommes et de son mari Blocage sexuel	Souffrance de la famille, son aînée pleure et reprend des comportements de « bébé » Les parents et beaux-parents sont affectés sans rien comprendre ni savoir

Analyse fonctionnelle de Fabien

- Antécédents historiques : RAS.
- Antécédents récents : choc traumatique imprévu lié à la réaction de sa femme.
- Comportement problème : blocage sexuel, repli.
- Conséquences :

Conséquences sur l'individu	Conséquences sur l'environnement
Dépression Baisse de l'estime de soi	Évitement, se coupe de sa famille, du sport, des amis, etc.

Deuxième et troisième entretiens (séparément)

- Évaluation des idées négatives, évaluation de l'estime de soi.
- Mise en place de la première « urgence » cognitive.

Pensées automatiques pour Emmanuelle	Correction des pensées négatives
Ca y est, le passé m'a rattrapée… ça va recommencer avec ma fille…	Arrête, calme-toi, ça ne rime à rien, tu n'as pas de preuves qu'il est comme ton père. C'est ton mari qui t'aime et aime son « bébé fille ».

▷

◁

Je ne peux pas m'empêcher de penser qu'il y trouve du plaisir, c'est « dégueulasse » !	Plus j'y pense, plus je pense que c'est ma souffrance ancienne qui ressort.
Ma mère aurait dû voir ! Je lui en veux plus qu'à mon père.	Là aussi, calme-toi, demande de l'aide à ton thérapeute et ne te culpabilise de rien… C'est fait… La vie est devant toi, ça fait plus de 20 ans, vis heureuse pour toi, tes filles et avec leur père.

Pensées automatiques pour Fabien	**Correction des pensées négatives**
Me traiter comme « un salaud », c'est le pire qui pouvait m'arriver…	Je la trouve toujours désirable, mère et femme… mais comment vais-je arriver à vivre avec mes filles ? Avec elle, il faut qu'on m'aide…
Tout le monde m'apprécie dans mon travail, ma famille, au sport… C'est quoi, une histoire pareille !…	Je veux me remonter pour ne pas rester dans l'échec que je ne mérite pas, que les autres ne méritent pas.
Moi aussi je vais la faire souffrir…	Oui, elle va en « baver ». NON, je ne veux pas. Ça, c'est nul !

Comme dans tout processus de restructuration cognitive, un questionnement sur les arguments en faveur ou non de mes croyances dysfonctionnelles (« Mon mari fera comme mon père », « Tous les hommes sont pareils ») doit être proposé, ce qui permettra de réinjecter de la réalité dans le scénario traumatique.

Estime de soi avant le stress traumatique
Emmanuelle 0 --------------------------x--------- 7 maximum
Fabien 0 ---------------------------------x-- 7 maximum

Estime de soi maintenant
Emmanuelle 0 --------x-------------------------- 7 maximum
Fabien 0 ----x------------------------------- 7 maximum

Il est important que chacun repère que, même avec un niveau d'estime de soi bas, il n'est pas égal à zéro. Dans quels domaines du quotidien j'ai de l'estime pour moi et pour l'autre ?

Trois séances spécifiques orientées sur le trauma

Afin de permettre à Emmanuelle de prendre une juste place face à son trauma, il a été nécessaire de faire quelques séances focalisées sur :

- la différenciation de sa place de « petite fille » et de sa place de « femme ». Si l'événement actuel a ramené, à la conscience, le trauma et les

émotions associées, *cela signifie que le souvenir inscrit dans l'enfance n'est pas un souvenir passé mais encore présent*, « comme si cela avait eu lieu aujourd'hui ». Emmanuelle a repris son rôle d'enfant. Le thérapeute utilise pour cela une technique « d'hypnose sans hypnose », où le langage sera construit « comme s'il parlait à la petite fille qui est en Emmanuelle » ;

• le clivage entre la situation traumatique et les émotions qui y sont associées. Il a été possible d'utiliser une technique d'arrêt de la pensée modifiée, méthode qui a consisté à écrire deux scénarios détaillés, l'un qui concerne l'« enfant » qui parle de son trauma « présent », l'autre qui concerne la « femme » qui parle de son trauma « passé ». Emmanuelle devait alternativement se concentrer sur chaque scénario, le lire à haute voix et laisser venir les émotions associées. Lorsqu'elle était imprégnée du scénario, elle mettait un « stop » et se concentrait sur l'autre scénario, puis faisait de même jusqu'à un nouveau stop qu'elle se donnait ; elle reprenait le premier scénario, stop, le second scénario, stop, et ainsi de suite. Le niveau de réaction émotionnelle diminue progressivement. Il n'a pas été nécessaire pour cet exercice d'utiliser la relaxation ou tout autre méthode de pleine conscience, même si cela s'en rapprochait ;

• la redistribution des responsabilités, en nommant les « coupables », du point de vue de l'« enfant » et du point de vue de l'« adulte ». Emmanuelle a écrit des courriers (sans les envoyer) à toutes les personnes à qui elle avait « quelque chose à dire » concernant son trauma ;

• la réintégration de la sexualité, de la féminité, de l'estime de soi, de l'autonomie comme référence à Emmanuelle adulte face à l'enfant qu'elle a été qui attendait sécurité, amour, chaleur, respect, protection et qui a eu souillure, rejet, manipulation, silence, abandon et insécurité.

Trois entretiens (séparément)

- Resituer la demande : se pardonner pour refaire l'amour.
- Elle et lui, d'un commun accord, s'accordent sur le fait :

  Elle : c'est vrai, je l'ai agressé, démolie comme je l'ai été, mais je ne voulais pas, ça m'a dépassé.

  Lui : Moi je pensais prendre cela plus « à la légère » car cela est faux, ne me concerne pas. Mais c'est tout de même trop dur, car j'ai repensé à une maxime « Médisez, médisez, il en restera toujours quelque chose »… Je suis peut-être pédophile refoulé… mais quelle horreur… Non, je ne peux pas te pardonner tout de suite… Je le voudrais bien.

Elle : Je sens de plus en plus qu'évidemment mon mari est « cool » avec mes deux filles mais il me faut du temps.
Lui : Oui, du temps.

• Thérapeute : un long entretien sur pourquoi, comment, quand se pardonner tous ces dégâts et quels objectifs à court, moyen et long termes ?

Deux entretiens (séparément)

Chacun définit un protocole de huit séances de restructuration cognitive sous relaxation comprenant une sensibilisation à la sophrologie et le choix d'items pour la désensibilisation systématique.

Désensibilisation systématique pour Emmanuelle

100	Je m'imagine chez mes parents quand je n'avais pas conscience du danger.
90	Je m'imagine une scène faisant des reproches à ma mère.
80	Je m'imagine plus grande… quand j'ai commencé à comprendre et lui, mon père, à comprendre qu'il ne fallait plus rien demander… sans qu'on en parle…
70	Je m'imagine les premiers baisers et caresses avec mon premier flirt, j'en garde un bon souvenir.
60	Je m'imagine maintenant dans un flirt, on danse, avec mon mari, juste un flirt.
50	Le flirt avec Fabien, j'aime bien la séance… juste le flirt, on est tous les deux, il n'y a pas les filles.
50-40-30	J'imagine des caresses sensuelles et sexuelles, en voyage, sous le soleil.
20-10-0	Je m'imagine volontiers avec plaisir dans une relation sexuelle avec Fabien.

Hiérarchie : 100 = maximum d'angoisse, 0 = plus d'angoisse.

Désensibilisation systématique pour Fabien

100	Je me revois sous « agression », en essayant de mettre une autre image de calme aussitôt.
90-80-70-60	Je m'imagine tout de suite dans la réhabilitation d'homme, de père, en visualisant l'estime des autres envers moi… je ne peux pas visualiser la haine, ce n'est pas moi…
60-50-20	Je me visualise en héros du couple !... pourquoi pas ?
10-0	Ca marche bien, la sophrologie, la visualisation positive. Je suis bien.

Hiérarchie : 100 = maximum d'angoisse, 0 = plus d'angoisse.

Prise en charge de la qualité de vie à deux

Thérapeute : Je demande à chacun d'entre vous de préparer pour l'autre un nouveau contrat de couple intégrant l'intimité intellectuelle, spirituelle, sensuelle et sexuelle.
Projet à deux et seul(e) :
Thérapeute : À combien pensez-vous vous y tenir ?
Emmanuelle : Pas du tout 0 ------------------------------x----- 7 Complètement
Fabien : Pas du tout 0 ---------------------------------x-- 7 Complètement
Thérapeute : Qu'est-ce qui pourrait faire chuter votre harmonie ?
Fabien : Qu'elle m'agresse de nouveau.
Emmanuelle : Qu'il m'en parle sans arrêt, je ne suis pas méchante.
Thérapeute : Retourneriez-vous voir un thérapeute si cela n'allait pas ?
Emmanuelle : Oui.
Fabien : Oui.
Thérapeute : Aujourd'hui, l'estime de soi est à ?
Emmanuelle : 0 -------------------------------x---- 7 maximum.
Fabien : 0 ---------------------------------x-- 7 maximum.

Discussion

Même si le stress post-traumatique était celui d'Emmanuelle, son mari a subi en réaction une souffrance identique pendant quelques mois. En revanche, le fait de se dire et de redéfinir leur amour leur permet aujourd'hui de partir pour une vie plus sûre et autonomisante pour chacun d'entre eux car, paradoxalement ils connaissent mieux leurs points faibles et leurs points forts, et ils ont acquis la force de pouvoir surmonter un événement suffisamment « bousculant » et risqué pour leur couple (une accusation calomnieuse et un inceste jamais mis au grand jour). En conclusion, la TCC a permis de recadrer le couple, repositionner le rôle de chacun, consolider la sécurité intérieure de chacun des membres et redémarrer à nouveau après un drame *jamais effacé mais avec lequel on peut vivre*.

Références

Bensussan, P. (2000). *Inceste, le piège du soupçon*. Paris : Belfond.
Cocaud, H., Langlois, M., Giraudeau, N., & Thibaut, F. (2008). Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles – prise en charge immédiate. *Confrontations psychiatriques, n° 47 : Violences,* Sanofi-Aventis.
Cottraux, J. (2006). Le stress post-traumatique. In Fontaine, O., & Fontaine, P. (Eds.), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Retz. 366-394.
Cyrulnik, B. (2007). « Métamorphose du malheur ». Conférence à Magnam le 7 décembre 2007.

Séguy, C., Thibaut, F., & Cordier, B. (2008). *Conduites paraphiliques. Confrontations psychiatriques, n° 47 : Violences,* Sanofi-Aventis.

Pour en savoir plus

Roure, L.P. (1996). *Le mensonge et la simulation, aspect psychiatrique et criminologique de la sincérité*. Paris : Masson.
Van Gijseghem, H. (1992). *L'enfant mis à nu*. Montréal : Méridien.

Partie III

Les dépendances affectives

Chapitre 7

Introduction au concept de dépendance affective[1]

François-Xavier Poudat

Les disciples sont engagés dans une discussion très passionnée sur les causes de la souffrance humaine. Certains disent qu'elle est due à l'égoïsme, d'autres, à nos illusions, d'autres, à notre incapacité de distinguer le réel du non-réel. Lorsqu'on lui demande ce qu'il en pense, le Maître répond : « Si l'être humain souffre, c'est qu'il est incapable de rester tranquillement assis, seul. »

A. de Mello

« Je ne vis qu'à travers lui ; il n'a pas le droit de vivre sans moi ; je veux être en permanence avec lui ; je veux le capter, le manger ; à côté d'elle, il n'y a que le vide, rien ; je n'existe pas toute seule ; il doit me protéger en permanence ; j'ai besoin de ma dose de câlins ; j'ai une fringale d'amour, de bras ; je suis « avide » d'amour ; il faut qu'elle remplisse mon vide affectif ; je ne suis rien si l'autre n'existe pas ; j'ai besoin du regard de l'autre, de son approbation, sinon je m'effondre ; je fais l'amour pour le remercier de sa présence constante ; je passe ma vie à rechercher des hommes qui m'aiment comme je le veux ; je suis collée à lui, mais, quand je l'ai, je suis déçue, j'en recherche un autre que j'aime de nouveau coller ; les querelles me manquent ; je l'attaque pour qu'il s'occupe en permanence de moi... »

1. Je tiens à remercier tout particulièrement Miryana Fontaine pour ses commentaires et son expertise clinique qui ont été très pertinents dans l'élaboration de ce chapitre.

En quoi le désir, le plaisir, le sexe, la passion et le couple ont-ils à voir avec la dépendance ? La pratique clinique nous montre que certaines personnes « utilisent » le corps, le sexe, l'autre ou la relation à l'autre non pas comme des investissements maturants et autonomisants, mais comme des besoins à satisfaire, des objets de consommation courante, seul moyen d'exister et d'être au monde pour ne pas couler.

Introduction aux concepts de dépendance et d'addiction comportementale

Dans une intervention sur la sexualité addictive en 1998, Joyce McDougall rappelait « *que parfois d'autres personnes sont utiles, de manière boulimique ou éthylique, c'est-à-dire en tant qu'objets à maîtriser afin de servir comme moyens de dispersion des affects pénibles et inélaborables pour le sujet. Cette addiction peut prendre des formes différentes : il peut s'agir de relations addictives avec une demande constante de la présence de l'autre ou d'une sexualité addictive où l'autre est réduit à un objet partiel* ».

Si tout objet peut être « objet de dépendance », si tout système de pensée, tout comportement ou toute émotion peut être utilisé comme manière d'être au monde, comme moyen d'exister, de ressentir, de survivre, d'apaiser, de lutter, de se construire… alors « le sexe » comme « l'autre » peuvent devenir « objets » de dépendance. Ils le sont dans le sens où une relation spécifique, contraignante et addictive, voire toxique, peut s'établir entre soi et « l'objet ». Le choix de l'utilisation de l'un ou l'autre n'est évidemment pas anodin ; il dépendra de l'histoire personnelle de chacun, du « bain » dans lequel nous avons vécu, des modèles parentaux, des systèmes de représentation de la sexualité et de l'amour que nous avons modelés. Les événements plus tardifs ne feront que confirmer ou infirmer ces modèles.

Cadre de référence : dépendance, addiction et compulsion

Le concept de dépendance peut se définir comme la mise en place d'une relation contraignante avec un « objet », intégrant une envie irrépressible du comportement, l'abandon d'autres activités au profit du comportement électivement investi et une sensation de manque ou un malaise en cas d'interruption du comportement, dérive de la recherche du plaisir vers celle de la satisfaction d'un besoin (Adès & Lejoyeux, 1999). La dépendance est une manière d'être au monde, l'addiction en est l'expression comportementale et la compulsion de répétition en est le moteur. Il y a plusieurs manières, pour une personne dépendante, de

survivre aux situations de vie : l'addiction en est une, la dépression, l'anxiété, l'évitement social, le surinvestissement d'un secteur valorisant, la maladie psychosomatique ou la recherche de sensations fortes en sont d'autres…

La compulsion est une des expressions comportementales mises en œuvre par l'individu face à une situation à risque. Elle se caractérise par une contrainte plus ou moins douloureuse, un besoin impérieux d'agir, une perte de contrôle et une résistance impossible face à la pulsion d'accomplir des actes et des pensées considérés comme absurdes, illogiques, mais nécessaire dans la répétition. Il y a mise en place d'un cycle « toxicomaniaque » d'accoutumance et de dépendance, quels que soient les objets addictifs.

La boucle réflexe s'établit toujours de la même manière : il y a au départ une situation, une émotion, un schéma de pensée qui induit une réaction d'excitation, de tension, de désir renforçant les schémas de pensée, les émotions, jusqu'à la résolution par un passage à l'acte, celui-ci amenant au plaisir et à l'apaisement transitoire. De ce fait, le désir de reproduire l'effet pour soulager le manque devient le seul mode d'existence.

Notions de dépendance comportementale

La notion de dépendance comportementale (addiction sans drogue : le jeu pathologique, les achats compulsifs, l'addiction au travail, l'addiction au sport, les addictions sexuelles, les cyberaddictions, etc.), issue notamment des travaux des sciences cognitives, s'est progressivement autonomisée face aux addictions avec drogue (alcoolisme, troubles alimentaires, médicaments, toxicomanies, tabagisme, etc.). Nous avons, dans les addictions sans drogue, la prévalence de signes comportementaux et cognitifs sur les signes physiques d'assuétude et de manque. Les signes psychiques se retrouvent dans l'altération du comportement, le désir obsédant du comportement associé à une perte de contrôle et le syndrome de manque selon l'OMS.

Dès les années 1980-1990, certains auteurs (Carnes, 1992 ; Coleman, 1992) intègrent déjà dans leur classification sur les addictions ou compulsions sexuelles des concepts d'addiction « à l'autre » qui n'ont rien de sexuel ; c'est le cas notamment des séducteurs compulsifs et des « accros » aux fantasmes non sexuels.

Ces troubles addictifs, pour certains auteurs (Reynaud, 2006), ne sont qu'une simple exacerbation d'un état où la souffrance liée à l'objet de la passion dépasse le plaisir qu'il procure. Pour d'autres (Schneider, 1991), le trouble addictif est effectif dès qu'un comportement est utilisé pour apporter des gratifications, du plaisir et échapper à un malaise interne. Quoi qu'il en soit, les addicts recherchent soit

un plaisir immédiat, soit l'apaisement d'une tension, soit la quête de sensations fortes, soit enfin une solution au vide narcissique.

Ce concept d'addiction comportementale oscille encore maintenant entre les troubles compulsifs (passage à l'acte comportemental, processus cognitifs répétitifs et enfermants, soulagement émotionnel à court terme), les troubles du contrôle des impulsions (impulsivité, incapacité de contrôle) et la recherche de sensations fortes (la recherche d'expériences à risque, la désinhibition, la susceptibilité à l'ennui).

La dépendance-vide

Nous avons déjà souligné que le concept de dépendance devait être réservé à une « manière d'être au monde ». La principale spécificité tient en la manière addictive d'exister, d'être au monde, c'est-à-dire que le dépendant vit au travers de la relation à l'objet et non avec ou à côté de l'objet. Il en découle une incapacité répétée à contrôler son comportement en dépit de ses conséquences négatives et de l'enfermement social et familial pour la personne addict.

La dépendance crée ainsi une sorte d'amarrage de par la répétition des actes, une réassurance toute relative, partielle, artificielle, mais inefficace à long terme. Bien qu'instables, ces systèmes de répétition (nombre de cigarettes, quantité alimentaire, de rituels sexuels, de compulsions de séduction, d'alcool, de médicaments, de drogues, d'achats, etc.) servent de protection à l'individu, soit par un remplissage interne (alimentaire, tabagique, alcoolique, toxique, de sensations, etc.), soit par un remplissage externe (boulimie de travail, de sport, de consommation sexuelle, d'achats, de relations affectives, etc.), soit par un verrouillage interne (anorexie, etc.), soit par un verrouillage externe (tentatives de suicide à répétition, contrôle des autres, etc.).

De par ces besoins répétitifs permanents, l'individu semble exister et évite ainsi le vide. Éviter le vide, voilà à quoi l'individu passe son temps. Certains, plus que d'autres, n'ont que ce moyen d'exister pour ne pas couler ; chacun crée artificiellement des systèmes de remplissage et de répétition garant d'un évitement de l'insupportable qu'est l'inconnu, l'inexistence propre, le vide, l'absence, la mort, etc.

L'addiction ancre une pseudo-réalité dans ce vide environnant évitant ainsi le stress, la panique, les signes du manque, par le biais de bouées faites de pensées obsédantes, de substances, du jeu, de dépenses, de rapports sexuels, de relations affectives, de fantasmes, etc. Il est ainsi possible de comprendre le changement d'une addiction de substance externe par une autre addiction de substance externe, comme le remplacement d'une addiction à une substance externe par

une dépendance à la personne, au sexe ou aux fantasmes par exemple. Nous comprenons mieux que certains patients ne puissent vivre, en permanence, que dans ces systèmes d'amarrage pour mieux exister.

Nous pouvons résumer les principales caractéristiques des addictions sexuelles et affectives de la manière suivante :

- il y a un *besoin pathologique de passer à l'acte* (« Je ne peux pas ne pas… », « Je n'ai pas le temps de réfléchir, c'est déjà fait… », « C'est comme une pulsion… ») ;
- il y a une *relation de dépendance passive ou active entre soi et l'objet d'addiction* (« Je ne peux pas m'en détacher, j'en ai besoin pour vivre… », « J'ai le droit, il m'appartient… ») ;
- il y a un *besoin de contrôle de soi et de l'objet* pour éviter de prendre des risques et de se laisser aller (« J'ai besoin de tout gérer, de tout contrôler… », « Je ne sais pas lâcher prise… », « J'ai peur de me retrouver seul face au vide… », « Pour éviter la solitude, le rejet, l'abandon, je suis prêt à tout… ») ;
- il y a une *répétition « boulimique »* : les conséquences agréables ou désagréables donnent envie de recommencer (« Quand je l'ai fait une fois, j'ai besoin de recommencer… », « C'est plus fort que moi… ») ;
- il y a un *fonctionnement en tout ou rien*, aucune modulation n'est possible (« Quand j'ai commencé, je suis obligé d'aller jusqu'au bout… »). Soit l'objet de dépendance remplit la totalité des attentes : il provoque l'apaisement, avant que le manque ne revienne ; soit il ne comble qu'une partie des besoins et il est perçu comme insécurisant et mauvais ;
- il n'y a *pas d'autre solution, face à l'envie de passer à l'acte, que le passage à l'acte* (« J'aimerais ne pas en avoir besoin, mais je ne peux pas… ») ;
- il y a un *sentiment de manque systématique si l'acte n'est pas effectué* (« Quand j'y pense et que ce n'est pas possible, je m'énerve, je me crispe ou j'explose… », « Je suis obligé de compenser par autre chose… », « Je deviens obsédé, rien ne m'apaise… ») ;
- il y a un *sentiment de bien-être, à très court terme, quand l'acte est effectué* : le passage à l'acte apporte du soulagement, de l'excitation, de la détente, de la réassurance, du plaisir (« Cela m'apaise… », « Je suis plus tranquille après… »), mais ce bien-être ne dure pas, il faut toujours recommencer après, car l'insatisfaction revient ;
- il n'y a *pas de sentiment d'existence propre*, il faut toujours rester attaché à l'objet, sinon, c'est la chute dans le vide (« Je n'existe qu'à travers l'autre ; seul, je ne suis rien… ») ;
- il y a une *altération de la relation aux autres et à l'environnement* (« Personne ne me comprend… », « Je me sens toujours seul… », « Je ne sais pas m'intéresser à autre chose… », « Si je ne fais rien, mon envie revient et je ressasse… »).

Aspects théoriques des dépendances affectives

Généralités

L'application de la notion de dépendance aux concepts de relations affectives, anciennes dans la littérature classique au travers des textes de passions romantiques, n'est que très récente dans les champs de la recherche et de la psychopathologie. C'est avec un abord sociologique et/ou scientifique que la réflexion a réellement débuté dans les années 1970-1980, avec des auteurs comme Peele (1975), puis dans les années 1990 avec des auteurs comme Hazan et Shaver (1988) ou Peabody (1994).

Parler des dépendances affectives nous amène à discuter des interactions des concepts comme la séduction, la passion, la sexualité, l'abandon, la proximité, l'engagement ou la rupture, avec la notion du normal et du pathologique. Pour mieux comprendre la place des dépendances affectives, il nous paraît également essentiel, dans le cadre d'une réflexion scientifique, de questionner le rôle des valeurs morales, des croyances sociales et des systèmes familiaux qui servent de « bain » à des modèles de fonctionnement et de représentations du sexe, de l'amour et de la relation à l'autre à notre époque.

Les repères, au départ psychosociaux, enrichis d'éléments descriptifs et comportementaux, sont trop vite devenus cliniques puis psychiatriques, voire même plus récemment neurobiologiques. Nous sommes ainsi passés d'un vécu social d'interdit du plaisir à une surconsommation compulsive des plaisirs, ce qui résume à lui seul le passage du social à la maladie.

Apport de la théorie de l'attachement dans le concept de dépendance

Dans les années 1980-1990, les travaux de Hazan et Shaver (1988) définissent un nouveau cadre de recherche sur la dépendance amoureuse. Le modèle qui prévaut est alors celui de la théorie de l'attachement de Bowlby. Pour celui-ci, la qualité des premières expériences d'attachement dans l'enfance construit différentes représentations de soi et de l'autre et sert de modèle aux divers styles d'attachements adultes. Ce « modèle affectif » serait fondé sur la représentation que se fait l'enfant de l'amour de ses parents entre eux et de la représentation que se fait l'enfant de l'amour de chacun de ses parents envers lui. Les expériences de vie au cours de l'existence ne feraient que confirmer ou infirmer ces modèles (voir les travaux de Pierrehumbert, 2003, et de Miljkovitch, 2001, 2010). Ces modèles d'attachement à l'autre (sécure, anxieux/ambivalent, évitant) entreraient dans la mise en place

de la relation amoureuse. Les travaux d'Ainsworth et Pierrehumbert (2003) et de Main (1996) concernant les modèles d'attachement de l'enfant, puis de l'adulte face à l'entourage affectif, ont permis de mieux comprendre les processus d'attachement dans le cadre spécifique de la relation amoureuse. Il y aurait ainsi des corrélations étroites entre l'enfant anxieux/évitant, l'adulte ayant un « état d'esprit détaché » et le choix amoureux anxieux/évitant ; il en serait de même entre l'enfant sécure, l'adulte ayant un « état d'esprit autonome » et le choix amoureux sécurisé/autonome ; enfin, la même corrélation est retrouvée entre l'enfant anxieux/ambivalent, l'adulte ayant un « état d'esprit préoccupé » et le choix amoureux anxieux/résistant/préoccupé. Ainsi, nous voyons poindre deux paramètres : l'anxiété d'abandon et l'évitement de proximité, base du choix conjugal (le facteur hasard étant très faible) par le biais du processus d'attachement/dépendant (collé à l'autre pour exister) ou du processus d'évitement phobique (éviter l'autre pour ne pas être rejeté).

Paramètres du lien d'attachement

Pour Ainsworth et Pierrehumbert (2003), la relation affective implique trois paramètres ou systèmes de comportements :

- les *comportements d'attachement* qui apportent normalement la sécurité, mélange de protection et de défense, base nécessaire pour aller explorer le monde. On peut différencier l'attachement enfermant (insécure, dépendant) de l'attachement autonomisant (sécure, détachant). L'attachement enfermant peut devenir « toxique » comme représentation insécure de soi-même ; il se caractérise par un besoin permanent d'un amarrage de sécurité, véritable « port d'attache », la personne, trop fragile, s'accroche à l'autre ou à ce qu'il peut (autre toxique) pour exister, pour ne pas être abandonné, phobique de la vie et du monde extérieur. L'attachement sécure implique, en revanche, une capacité d'autonomie ; c'est un attachement qui permet le détachement, seul moyen d'être autonome dans sa vie ;
- les *comportements de soin* sont caractérisés par le désir d'apporter de l'attention et du bien-être à l'autre ; certaines personnes « soignent », protègent, rassurent, aident, « maternent/paternent » ; d'autres aiment être aidées, « soignées », prises en charge. Ces données sont normales dans tout couple mature. Elles peuvent devenir « toxiques » si elles deviennent l'unique mode de fonctionnement du couple, et amènent à une représentation insécure du couple ;
- les *comportements liés à la sexualité et la reproduction* qui se caractérisent par des facteurs physiologiques. La composante biologique, notamment hormonale (ocytocine, phérormone, phényléthylamines), intervient comme facilitatrice ou inhibitrice du lien d'attirance sexuelle,

d'attachement et de soin. L'ocytocine comme la dopamine serait l'hormone de la confiance en soi, de l'attachement et du soin. Les phérormones seraient de substances intervenant dans les comportements sexuels, la reproduction et les liens sociaux, notamment attractifs. La PEA, hormone dérivée de la famille des amphétamines, jouerait un rôle certain dans le lien de dépendance. Sans aller jusqu'à dire que le coup de foudre ne serait entretenu que par un mécanisme chimique toxicomaniaque, il est vrai que l'intervention de la PEA, au même titre que l'adrénaline (hormone du stress générée par le contact ou le manque de l'autre), que la dopamine (hormone du plaisir) ou que la sérotonine (hormone de l'apaisement et de la régulation de l'humeur), est certaine. Ce paramètre sexuel peut, à lui seul, devenir « toxique », donc addictif, s'il devient le seul mode de fonctionnement et « d'accrochage » à la vie (addiction sexuelle, dépendance à la passion). Pour certains auteurs (Reynaud, 2005), les paramètres biologiques seraient les premiers facteurs entrant en jeu dans la passion amoureuse.

Ces trois paramètres sont à mettre en parallèle avec une autre grille de lecture, la théorie triangulaire de l'amour de Sternberg (1986), qui intègre trois dimensions à la relation amoureuse : la *passion* (sensation, émotion, attirance, etc.), l'*intimité* (évaluation de la proximité à l'autre) et l'*engagement* (capacité personnelle à la responsabilisation). Il serait intéressant de réfléchir sur les liens possibles entre engagement et attachement, entre intimité et soin et entre passion et composante biologique.

Si, pour la passion amoureuse, les *facteurs biologiques et sexuels* sont primordiaux, il semble que pour établir et entretenir une relation de longue durée, les paramètres d'*attachement* et de soin soient, dans la durée, essentiels pour la persistance du lien. La présence des trois paramètres serait le signe d'une bonne harmonie relationnelle de longue durée, subtil mélange d'attachement autonomisant, de soin bienveillant et de sexualité.

Les choix de conjoints

Lorsque nous parlons de choix de conjoints, nous faisons référence à la relation de longue durée. Les critères de sélection et les facteurs mis en route différencient les relations de courte durée des relations de longue durée.

Nous savons, au travers de multiples exemples cliniques, que les combinaisons ne sont pas infinies. Les insécures vont avec les insécures (les soignés vont avec les soignés ou avec des soignants d'insécures, ce qui est la même chose), les sécures ne vont qu'avec des sécures. Les *personnes insécures anxieuses, résistantes* (proches des personnalités

phobiques anxieuses), vont être en recherche de sécurité au travers de relations soignant-soigné ; le soignant soigne mais a besoin de personnes à soigner pour exister, et vice versa. Ces individus recherchent la sécurité dans une relation stable et fusionnelle. Les *personnes insécures, anxieuses, évitantes* (proches des personnalités anxieuses évitantes) vont rechercher la sécurité en évitant tout contact et exposition avec une relation affective qui risque l'abandon ou la fusion.

Hazan et Shaver (1988) puis Brennan, Clark et Shaver (1998), d'après leur Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA) (Annexe 1), ont ainsi différencié des types relationnels qui vont servir de base aux systèmes affectifs :

Annexe 1

Questionnaire sur l'attachement amoureux de Hazan et Shaver (1988)

Il s'agit pour la personne de choisir parmi les trois propositions suivantes celle qui la décrit le mieux.

1) Il m'est assez facile de devenir proche des autres et de compter sur eux, ainsi qu'il m'est facile de les savoir compter sur moi. J'ai rarement peur d'être abandonné(e) ou de devenir proche de quelqu'un. *[Style d'attachement confiant]*

2) Je ne me sens pas à l'aise quand je suis proche des autres ; il m'est difficile de leur faire entièrement confiance et de compter sur eux. Je deviens anxieux(se) lorsque quelqu'un devient trop proche de moi et, bien souvent, mes partenaires amoureux voudraient que je sois plus intime avec eux/elles que ce qui me convient. *[Style d'attachement évitant]*

3) Je trouve que les autres sont réticents à devenir aussi proches que ce que j'aimerais. Je m'inquiète souvent de savoir si mon partenaire m'aime vraiment ou s'il restera avec moi. Je veux complètement me fusionner à quelqu'un d'autre, et souvent, ce sentiment effraie et fait fuir les gens. *[Style d'attachement anxieux ambivalent]*

- l'*attachement sécurisant* désigne les processus relationnels des personnes qui ont une perception positive d'elles-mêmes et des autres. Ces individus se sentent dignes d'amour, généralement acceptés et accueillis par les autres. Leurs stratégies interpersonnelles et leurs modèles de travail interne leur permettent d'instaurer une relation d'amitié ;
- l'*attachement craintif* (anxieux/ambivalent) décrit les processus relationnels des sujets qui perçoivent positivement les autres, mais qui s'estiment de manière péjorative. Ils ne se sentent pas dignes d'amour,

et pourtant le recherchent. Lorsqu'ils débutent une relation intime, ils la vivent de façon très dépendante de l'autre. Ils s'attribuent la responsabilité du rejet qui vient de l'autre, ce qui atténue le peu d'estime qu'ils ont d'eux et accroît leur effort pour obtenir l'approbation d'autrui. Ce style d'attachement ne conduit pas à une relation satisfaisante ni au bonheur des deux partenaires ;
- l'*attachement évitant* se subdivise en deux types :
  – premièrement, l'*attachement préoccupé* (évitant de type I ou peureux/évitant), où la perception de soi et des autres est négative. Ces individus pour qui personne n'est aimable peuvent souhaiter un contact social et une relation intime. Mais ces relations intimes induisent la détresse et la peur du rejet. Ainsi, s'ils recherchent l'intimité, ils peuvent avoir une relation, mais la peur les oblige à créer une distance entre eux et leur partenaire. Ainsi, bien qu'ils ne soient pas activement hostiles, ils peuvent agresser l'autre indirectement. Le style général de ces personnes les conduit à être rejetées et isolées socialement, ce qui confirme la vraisemblance de leur modèle interne,
  – deuxièmement, l'*attachement détaché* (évitant de type II ou distant/évitant), où la perception de soi est positive et celle des autres négative. Ces individus ont une image positive d'eux-mêmes et essayent de réduire l'importance des autres, qui représentent une source de rejet. Ainsi, pour s'en protéger, les sujets qui ont un style d'attachement évitant investissent les valeurs d'indépendance. Ils peuvent être hostiles et sont souvent perçus par l'autre comme froids et distants. Le niveau d'intimité qu'ils peuvent développer est très minime.

Nous garderons également à l'esprit les descriptifs proposés par Miljkovitch (2010) dans l'ASSI (*Attachment Security and Secondary Strategy Interview*). Certains critères entrent en jeu dans les dépendances affectives ; c'est le cas notamment du :
- *Compulsive Caregiving* (CCa) : maternage compulsif, s'occupe de l'autre en s'oubliant soi-même, perçoit en l'autre quelqu'un de vulnérable, qui a besoin d'être aidé, fait tout pour « guérir » ou « réparer » l'autre ;
- *Compulsive Self-Reliance* (CSR) : ne compte que sur soi-même, refuse ou n'imagine pas dépendre de quelqu'un d'autre ;
- *Compulsive Compliance* (CCo) : se soumet de façon systématique aux attentes de l'autre ; hypervigilant par rapport à son état psychologique ; manque de spontanéité et tente de ménager la susceptibilité de l'autre ;
- *Don Juan* (DJ) : met en œuvre beaucoup d'efforts pour obtenir l'amour de l'autre puis se désinvestit dès que l'autre s'intéresse à elle/lui (dimension narcissique : se prouve quelque chose à travers son pouvoir de séduction, cherche à rendre l'autre amoureux sans réelle envie d'entrer dans une relation).

Variables étudiées dans les dépendances affectives

Notre pratique clinique nous montre que les modèles de soi, de l'autre et de la relation seraient les principales variables à étudier au cours de l'analyse fonctionnelle. Ces variables seraient relativement stables et évolueraient de manière complémentaire en se confirmant mutuellement. Nous différencions les variables individuelles, les variables liées à l'autre et les variables relationnelles.

Variables individuelles : comment je me perçois
a. Attachement : capacité à se sécuriser et à être autonome (capacité au détachement/individuation) ou au contraire tendance à s'insécuriser et à être dépendant (enfermant/anxieux ou enfermant/évitant, paramètre d'anxiété d'abandon).
b. Engagement : capacité à se responsabiliser soi-même ou au contraire tendance à ne pas exister pour soi-même.
c. Modèle qu'a l'individu de lui-même : image valorisée de soi, bonne estime de soi ou au contraire image dévalorisée de soi, mauvaise estime de soi.

Variables liées à « l'autre » : comment je perçois l'autre
a. Soin : maternant (contrôle de l'autre) ou materné (soumission à l'autre).
b. Intimité : bonne connaissance de la proximité à l'autre, ou évitement du rapprochement.
c. Modèle qu'a l'individu de l'autre : l'autre est rassurant, comble ses attentes, ou au contraire l'autre est quelqu'un dont on ne peut rien exiger et de qui on ne peut rien attendre, ou l'autre est choisi pour éviter la confrontation à soi-même.

Variables relationnelles : comment je perçois la relation
Modèle qu'a l'individu de la relation amoureuse. Ce n'est pas l'autre qui est important, mais le système créé avec lui qui est recherché ou fui. Ces personnes construisent leur couple en fonction du système qui serait au plus proche de cet idéal, voire totalement fantasmé, accroché à une représentation imaginaire et idéalisée du couple ; la relation affective réelle est fuite ou ennuyeuse. Les attentes sont excessives et insupportables.
a. Modèle de relation de longue durée : relation fusionnelle, chacun apporte à l'autre ce dont il a besoin dans un système de symétrie (anxieux/anxieux) ou de complémentarité (anxieux/évitant).
b. Modèle de relation de courte durée : relation de consommation immédiate, relation de séduction ou relation passionnelle.
c. Modèle de relation d'évitement de proximité : relation avec une personne mariée, relation avec plusieurs personnes en parallèle, relation avec une personne vivant dans un autre pays, relation avec une

personne n'ayant pas les mêmes attentes que soi, relation avec une personne uniquement fantasmée.

Cadre et définitions des dépendances « à l'autre ».

Pour certains auteurs (Charest, 1992), la dépendance amoureuse se définit par « un type d'attachement qui lie une personne à une autre et dont la qualité et l'intensité ne correspondent pas à la qualité et à l'intensité de la relation réelle. Il peut s'agir d'un attrait systématique envers des personnes avec qui une relation ne s'établit pas, d'une incapacité à quitter une relation malgré son effet destructeur, ou d'une incapacité à se détacher longtemps après la fin de la relation ». D'autres auteurs (Valleur & Matysiak, 2003) parlent de relation amoureuse addictive ; ils en délimitent deux formes : la dépendance exclusive et aliénante à une personne et c'est alors une relation passionnelle, et la dépendance au long cours « *envers une personne que le sujet pense ou sait ne plus aimer, mais qu'il n'arrive pas à quitter* ».

Le concept de « *dépendance amoureuse* » est relié directement à l'intensité du sentiment amoureux (envahissant et obsédant), aux émotions fortes et au système relationnel réel ou imaginaire, créé avec l'autre.

Le concept s'est, dans un premier temps, élargit à celui de « *dépendances affectives* », moins connoté couple/amour, moins uniquement centré sur la profondeur du sentiment, plus ouvert aux différentes étapes de la relation à l'autre (stratégie de conquête, recherche de sensations fortes, multiplicité des partenaires, place de l'intimité, etc.), plus approprié aux autres types de relations, potentiellement addictives (parents/enfants, amis/amis, relations professionnelles, etc.) malgré tout, peu interchangeables, stables et d'une certaine durée.

La terminologie « *dépendances à l'autre* » permet de regrouper tous les types de relations humaines en lien avec tous les types d'émotions ressenties. Les dépendances aux sentiments passionnels, à la relation fusionnelle, à un être inaccessible et à la consommation de partenaires en font partie.

L'utilisation plurielle « dépendances à l'autre » permet, par ailleurs, de mieux souligner la lecture dynamique des dépendances (le même individu pouvant mobiliser plusieurs « dépendances à l'autre » en même temps), le caractère interactionnel de certaines dépendances affectives (co-dépendances), et enfin d'ouvrir le champ de lecture sociologique et comportementale des dépendances (séduction, passion, consommation, fusion, évitement).

Entre normal et pathologique

Différencier le normal du pathologique nous oblige d'abord à considérer comme normal, dans toute vie affective, les comportements de séduction, de passion, de consommation, de relation fusionnelle, de

jalousie, etc., et les réactions émotionnelles qui y sont associés comme la peur, l'envie, le besoin, le plaisir, la souffrance, l'angoisse, l'excitation, etc. Le caractère excessif et/ou anormal, tel que nous le retrouvons dans certaines classifications d'addictions (exemple des addictions sexuelles et paraphilies), peut poser problème puisqu'il sous-tend la connaissance de ce qui serait normal en matière affective et/ou sexuelle, tant en qualité qu'en quantité. Le passage du plaisir à la souffrance n'est pas non plus suffisant pour parler d'anormalité.

Il est nécessaire à tout clinicien de garder en tête les critères de définition de l'addiction tels que nous les avons décrits dans l'introduction de ce chapitre : le passage à l'acte, le caractère répétitif, l'incapacité de contrôle, l'envahissement du quotidien, l'impossibilité de toute vie relationnelle et sociale, le syndrome de manque en l'absence de l'objet addictif, etc. C'est uniquement à l'intérieur de ce cadre-là que nous pourrons alors intégrer les comportements amoureux, la conduite sexuelle, l'utilisation de l'autre, la relation de longue durée, les émotions fortes, etc., comme facteurs d'addiction à « l'autre ». Il faut faire très attention aux limites et cadres du concept d'addiction, si nous ne voulons pas tomber dans le piège de l'addiction « fourre-tout » enfermant dans sa définition tout ce qui serait excessif et répétitif dans les comportements amoureux, sous le seul prétexte qu'ils dépasseraient une norme sociale ; le même problème s'était posé pour la définition des addictions sexuelles. D'un autre côté, il serait excessif, sous prétexte de se conformer aux mœurs actuelles, de considérer comme normal tout comportement amoureux et sexuel d'une époque. Entre inexistence propre et « couple jetable », une autonomie maturante est nécessaire à trouver pour tout être humain, passage obligé de la dépendance à l'individuation.

Sur ce principe, nous sommes tous dépendants et nous nous accrochons tous à tout et n'importe quoi pour survivre dans notre espace vital. Nous avons tous connu des expériences de dépendance temporaire et/ou nous vivons tous dans des systèmes d'attaches permanents sans grandes conséquences pour notre équilibre psychique et pour notre environnement (certains couples vivent très bien comme cela).

Deux exemples classiques de comportements « addictifs normaux » sont retrouvés dans notre quotidien : la *passion amoureuse* ou l'« aveuglement confusionnel de l'amour », expérience excitante mais toujours douloureuse (il n'y a jamais de passion sans souffrance), et le *coup de foudre* comme « aliénation compulsive de la passion d'amour » ; la fin y est très souvent terrible, la souffrance est majeure, l'issue est la « mort » de cette relation folle.

Souvent, le passage à la dépendance « toxique » n'est pas toujours perceptible ; c'est une question de temps, de répétition des expériences, de conséquences renforçatrices, d'histoire personnelle incluant des modèles de fonctionnement comportementaux, cognitifs et émotionnels.

Pour en savoir plus

Chemla, S. (2004). *La passion est-elle une addiction ?* Thèse de médecine, Paris.
Corcos, M., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Paris : Masson.
Cungi, C. (2000). *Faire face aux dépendances*. Paris : Retz.
Cyrulnick, B. (1989). *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette.
Cyrulnick, B. (1993). *Les Nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob.
Girard, A. (1988). *Le Choix du conjoint*. Paris : PUF.
Halpern, H.M. (2003). *Choisir qui on aime. De la dépendance à l'autonomie*. Québec : Le Jour Éditeur.
Vincent, J.D. (1986). *Biologie des passions*. Paris : Odile Jacob.
Vincent, J.D. (2003). *Le Cœur des autres*. Paris : Odile Jacob.
Vincent, L. (2004). *Comment devient-on amoureux ?* Paris : Odile Jacob.

Références

Adès, J., & Lejoyeux, M. (1999). Dépendances comportementales : achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendances au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosive intermittent, trichotillomanie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* (Paris, Elsevier), 37-396-A-20.
Ainsworth, M., & Pierrehumbert, B. (2003). Amour et attachement. *Spirale*, *28*, 31-41.
Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-measurement of adult attachment : an integrative overview. In J.A., Simpson, & W.S., Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships,* (pp. 46–76). New York : Guilford Press.
Carnes, P. (1992). *S'affranchir du secret*. Québec : Modus Vivendi.
Charest, R.M. (1992). La dépendance amoureuse : étude clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 13, p.3.
Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive behavior ? *Psychiatric Annals*, 22, p.320-325.
De Mello, A. (1999). *Une Minute de sagesse*. Montréal : Bellarmin, Paris: Desclée de Brouwer.
Hazan, C., & Shaver, P. (1988). Love as attachment. In R.J., Sternberg, & M.L. Barnes (Eds.) *The Psychology of Love* (pp. 68–69). New Haven : Yale University press.
Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology : overview of the field of attachment. *Journal of Consulting on Clinical Psychologie*, 64, 237-245.
McDougall, J. (1998). De la sexualité addictive. *Psychiatrie française*, *91*, 29-51.
Miljkovitch, R. (2001). *L'Attachement au cours de la vie*. Paris : PUF.
Miljkovitch, R. (2010). *Les fondations du lien amoureux*. Paris : PUF.
Peabody, S. (1994). *Addiction to love, overcoming obsession and dependency in relationship*. Berkeley : Celestial Arts. (Traduction en français par J. Adès & M. Lejoyeux (2001), in *Encore plus, jeu, sexe, travail, argent*. Paris : Odile Jacob.).
Peele, S. (1975). *Love and addiction*. New York : Taplinger Publishing Company.
Pierrehumbert, B. (2003). *Le Premier lien, théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.

Poudat, F.X. (2005). *La Dépendance amoureuse*. Paris : Odile Jacob.
Reynaud, M. (2005). *L'amour est une drogue douce… en général*. Paris : Robert Laffont.
Reynaud, M. (2006). Du plaisir, encore du plaisir ! Sensations, émotions, passions et addictions. *Journal de psychiatrie et du système nerveux central, Synapse*, *228*, 16-32.
Schneider, J. (1991). How to recognize the signs of sexual addiction. *Post Graduate Medecine*, *90*, 171-182.
Sternberg, R.J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, 93-135.
Valleur, M., & Matysiak, J.C. (2003). *Sexe, passion et jeux vidéo, les nouvelles formes d'addiction*. Paris : Flammarion.

Chapitre 8

Approche clinique et thérapeutique des dépendances affectives

François-Xavier Poudat

Nous allons différencier quatre types de dépendances qui auront chacun une thématique particulière : séduction, passion, fusion, évitement. Chaque type de dépendance peut être analysé selon une lecture comportementale (ce qui se voit du problème), cognitive (ce qui se dit du problème) et émotionnelle (ce qui se ressent du problème).

Classification des dépendances

Dépendances affectives à partenaire fixe

Deux styles de comportements caractérisent ces dépendances : la position de « maternant » avec contrôle de l'autre (proche de la notion de « *Compulsive Caregiving* ») et la position de « soigné » avec soumission à l'autre (proche de la notion de « *Compulsive Compliance* »). Ces concepts sont repris page 156, chapitre 7 de ce volume.

Il s'agit d'un besoin permanent de la présence de l'autre avec vérification compulsive du lien d'attachement et soumission aux attentes de l'autre pour mieux le contrôler. Toute expérience de vide, de rupture, de séparation, de conflit et de distance accentue le problème et conduit à l'isolement social, à un état de manque, entraînant des comportements addictifs compensatoires et des troubles de l'humeur.

- Besoin de contrôle constant de la présence de l'autre (plutôt quantitatif que qualitatif).
- Besoin permanent et répété de réassurance et de vérification (test) du lien affectif par des comportements verbaux ou non verbaux dont les réponses seraient toujours insatisfaisantes.

Sexualité, couple et TCC_Les difficultés conjugales

• Incapacité à contrôler ces conduites de vérification malgré les conséquences négatives sur soi, sur l'autre et sur la relation.
• Incapacité à supporter toute séparation d'avec l'autre dans le temps et dans l'espace (angoisse, irritabilité, colère, autre addiction, etc.).
• Accentuation de l'insécurité face à tout conflit, toute opposition, tout parasitage extérieur. Cela a pour conséquences la recherche de comportements de réassurance puis à long terme de peur et de méfiance.
• Perception d'une estime de soi négative entraînant soit une posture « soignante » (s'occuper de l'autre pour s'oublier soi-même), soit une posture « soignée » (se soumettre aux attentes de l'autre pour le ménager) ; l'estime de l'autre passe alors de l'idéalisation au doute.
• Désinvestissement de l'environnement social, familial et professionnel au profit du lien addictif à l'autre.
• Investissement sexuel valorisé qu'en tant que renforçateur de la dépendance, pouvant aller jusqu'à la soumission au désir de l'autre.

Exemples

« Ma dépendance est une forme d'attachement maladif, un besoin de fusion qui tend à modifier, altérer, et inhiber mon identité. La fusion pousse à me fourvoyer, à me perdre. Dans ma quête d'amour éperdue, pour être aimée, je m'oublie, tenant compte de la satisfaction de l'autre au détriment de la mienne. La dépendance a été un tel danger que je me suis reniée. On s'habitue à tout même au pire, le pire peut devenir autodestruction. On vous demande la Lune, vous y œuvrer, l'objectif atteint on vous demandera Mars, puis Vénus, sans jamais que vous ne soyez récompensé de tant d'efforts fournis. Qui suis-je donc pour n'être jamais récompensée par la reconnaissance de l'autre ? Comment susciter le respect quand on ne le reconnaît pas en soi. Voilà bien ma tragédie : le manque de consistance. »
« Tant qu'il ne m'a pas dit des propos sincères, c'est-à-dire ce que j'ai besoin d'entendre, je ne croirais pas ce qu'il me dit. Je n'accepte pas d'être exclue d'une partie de la vie de mon mari (il s'occupe de ses enfants d'un premier mariage et a des contacts très épisodiques avec la mère de ses enfants). Il faut que je valide des certitudes pour me rassurer. Toute absence est une déchirure, son retour est dramatique car je déverse sur lui toutes les questions accumulées durant son absence. Sans lui je ne suis rien... »

Évitement compulsif à la relation affective de longue durée

Différents tableaux cliniques caractérisent ce comportement d'évitement compulsif : la fixation compulsive à un partenaire inaccessible, la fixation compulsive à l'évitement « détaché » (proche de la notion de

« *Compulsive Self-Reliance* ») et la fixation compulsive à l'évitement « préoccupé ». Ces notions sont détaillées dans le chapitre précédent.

Il s'agit de comportements permanents d'évitement de la relation affective et de l'intimité, que la relation soit idéalisée et fantasmée sans réciprocité, qu'elle soit évitée par la peur qu'a l'individu d'être étouffé ou enfin que la relation ne s'établisse pas par peur qu'a l'individu d'être rejeté. Nous pouvons les différencier comme suit.

Fixation compulsive à un partenaire inaccessible

- Élaboration de scénarios et de fantasmes envahissants et répétitifs focalisés sur un être réel ou imaginaire, que cette situation appartienne au passé ou au présent.
- Envahissement incontrôlable du quotidien par ces scénarios.
- Incapacité à s'extraire du scénario sans occasionner un syndrome de manque (trouble de l'humeur, addiction compensatrice, colère et agressivité, etc.).
- Tentative de contrôle total de l'autre par la pensée ou les actes.
- Absence de réciprocité dans la compulsion.
- Isolement social.
- Parfois comportement sexuel à type d'auto-érotisme compensateur.

L'exemple de Laure

Laure vit toujours seule, elle ne trouve jamais de partenaire à la hauteur de ses espérances. Pour elle, tout est simple dans ses critères de choix, sauf qu'il est inaccessible car construit de toutes pièces à partir d'éléments pris chez des hommes rencontrés au cours de sa vie, mais toujours insatisfaisants. Elle se remplit de fantasmes de rêveries dès qu'un moment d'ennui et d'excitation solitaire survient, elle s'échappe alors de toute réalité.

« J'ai toujours été dépendante, attachée à des papillons de nuit, des hommes qui fuient. Cela me crée de l'excitation malgré les crises de rage et de colère quand ils reviennent. Les manger quand ils étaient là. Les choisir toujours aussi malades les uns que les autres pour ne pas vouloir vivre le quotidien avec eux. Seul l'unique, l'accro, reste avec moi pour mieux partir la nuit… »

Évitement compulsif « détaché »

- Besoin compulsif de distance vis-à-vis de tout lien d'attachement avec autrui.
- Valorisation de l'indépendance, vécue comme une exigence vitale.
- Crainte et fuite face à l'intimité.
- Valorisation de l'image de soi, l'individu ne comptant que sur lui-même avec dévalorisation de l'image de l'autre.

• Relations sociales et sexuelles absentes et/ou superficielles et nombreuses (attitude consommatrice).

L'exemple de Jacques

Jacques, 38 ans, préfère rester seul pour maintenir un contrôle sur sa vie. Il ne peut pas compter sur l'autre qui devient pour lui trop envahissant, trop à risque. La peur que ses envies ne soient pas respectées l'amène à une fuite permanente. La distance qu'il crée sert à éviter toute demande affective d'autrui. Sa première expérience amoureuse n'a été que la répétition de l'étouffement insécurisant de sa mère. Après une période de « consommation de femmes », pour l'hygiène sexuelle dit-il, il s'est attaché à une femme très autonome et absente du quotidien. Cela aurait dû le contenter, mais il n'avait pas confiance en elle du fait de sa trop grande autonomie. Il l'a quittée et a retrouvé paradoxalement une autre partenaire plus présente. Après des débuts difficiles où sa femme ne se sentait pas entendue dans ses besoins, alors que lui la fuyait face à ses demandes, une prise en charge thérapeutique a permis au couple de construire une distance acceptante.

Évitement compulsif « préoccupé »

• Besoin compulsif de distance vis-à-vis de tout lien d'attachement avec autrui.
• Peur anticipatoire du rejet et de la rupture.
• Crainte et fuite face à l'intimité, angoisse de la confrontation à l'autre.
• Évitement du contact par peur de souffrir.
• Dévalorisation de l'image de soi.
• Image de l'autre idéalisée.
• Pauvreté de la sexualité, vécue comme dangereuse et trop impliquante, donc inexistante ou au contraire multiple et superficielle (confusion entre quête d'amour et utilisation du sexe pour y arriver).

L'exemple de Maurice

Maurice est un habitué des relations de courte durée. La peur de l'ennui, de la monotonie, de la rupture potentielle au moindre problème, que celui-ci soit sexuel ou affectif, l'amène à rechercher surtout des relations courtes où tout est beau et merveilleux, sans faille. C'est toujours lui qui décidera de rompre pour moins souffrir des conséquences d'une rupture. La dépendance à des relations brèves et fortes est le seul moyen pour lui de ne pas souffrir. Le manque d'estime qu'il a de lui-même l'amène à jouer deux rôles : l'un consiste à rechercher des partenaires qu'il pourra

contrôler (pour cela il choisit toujours des partenaires qu'il considère plus faibles que lui), l'autre consiste à fuir dès qu'il analyse comme risquée une situation quotidienne. Il quitte pour ne pas être quitté. Il pourra se créer des symptômes psychosomatiques, sexuels, conjugaux pour se donner de bonnes raisons de partir.

Addictions à la passion amoureuse

Cette forme de comportement addictif est proche du concept de Coleman (1992) de « rapports compulsifs amoureux multiples ». Il s'agit de la recherche compulsive envahissante et répétée de sensations, de sentiments, d'émotions, de comportements passionnels de courte durée, de grande intensité, distante de toute réalité quotidienne. L'absence crée un manque, une souffrance et un isolement social. Les principaux traits retrouvés sont les suivants :

- Recherche de sentiments amoureux d'une grande intensité et de leur maintien lorsque la relation existe.
- Orientation de la totalité des actes vers la recherche de sensations fortes et d'un état second éloignant ainsi la personne de la réalité.
- Envahissement du quotidien totalement orienté vers l'autre.
- Construction d'un scénario fantasmatique et d'un psychodrame essentiel pour vivre la passion.
- Isolement du monde extérieur et repli sur soi, en dehors de cette passion.
- Prise de risque, mise en danger de soi ou des autres car complète rupture d'avec la réalité (séparation conjugale, travail arrêté, troubles de l'humeur, conduites addictives associées, etc.).
- Désinvestissement puis évitement de l'autre dès que celui-ci exprime un quelconque projet d'avenir concret (vie commune, projet de grossesse, achat d'un habitat commun).
- Incapacité au contrôle de soi que ce soit au niveau émotionnel, cognitif ou comportemental.
- Apport secondaire de la sexualité dans le vécu des sentiments amoureux ; elle n'est pas le but recherché. La sexualité peut malgré tout est renforçateur du lien passionnel par les sensations procurées qui sont, dans ce contexte, toujours positives.

L'exemple de Josiane

Josiane, 28 ans, est en recherche permanente de *LA* relation passionnelle qui la fera sortir de son quotidien. La peur de l'ennui en présence de l'autre, la relation de longue durée est insupportable ; elle a l'impression qu'elle connaît tellement l'autre qu'elle n'a plus besoin de parler. Elle se

sent étouffée dans une ambiance « mortelle » malgré la bonne volonté du conjoint, sa douceur et ses sentiments exprimés. Ce n'est peut-être pas un hasard si elle vit au quotidien dans une recherche permanente de sensations extrêmes dans des sports à risque comme le canyoning, la chute libre, le saut à l'élastique, mais aussi dans un hyperactivisme professionnel où tout est vécu comme un challenge permanent. Son problème est le choix qu'elle doit faire entre la sécurité, la stabilité, le confort affectif (le corollaire est la banalisation du piment érotique et du sexe) et l'excitation immédiate de la nouveauté, l'explosion des sensations fortes de la passion (le corollaire est la chute brutale, systématique après un début intensif). Elle a toujours eu des difficultés sexuelles dans sa relation conjugale par peur du lâcher-prise. En revanche, la sexualité a toujours été utilisée comme moyen de construire et de maintenir, pendant les premiers mois, les expériences amoureuses qu'elle a pu avoir par ailleurs. Le but premier de Josiane n'est pas de consommer du sexe, mais de vivre à plein les émotions fortes et intenses des relations créées. Pour elle, la relation est plus excitante que le sexe utilisé. La première année, c'est super, la deuxième on consomme, la troisième je rejette.

Fixation compulsive aux conduites de séduction

Ce comportement compulsif, proche de la « drague compulsive à partenaires multiples » de Coleman (1992), se définit par des conduites de séduction compulsives envahissantes, répétées, superficielles, d'une personne par une autre, dans le but de le contrôler. Collectionner, jouer pour valoriser le plaisir personnel sentimental et/ou sexuel du sujet se font sans réciprocité et sans engagement. Les séducteurs peuvent vivre, à côté de leur conduite de séduction, des relations relativement stables mais qui n'auront jamais la même valeur émotionnelle. Cette vie conjugale sert de pseudo-base sécure pour leur permettre de partir à la « chasse ». Les critères le plus souvent retrouvés sont les suivants :

- Recherche de partenaires dans le but de capter l'attention, de les contrôler en leur faisant sentir qu'il a besoin d'eux pour s'en sortir et qu'ils lui sont indispensables.
- Mise en place de comportements de « chasse » et de recherche de « proies, objets », focalisant toute son attention sur la mise en place de ces stratégies (drague ritualisée).
- Coexistence de conquêtes faciles avec des conquêtes plus complexes.
- Valorisation des efforts pour la conquête d'autant plus qu'ils nécessitent la mise en place de stratégies complexes et amènent de la résistance de la part de l'autre.
- Conviction systématique qu'il peut améliorer ses stratégies d'une fois sur l'autre.

- Incapacité à se projeter dans l'engagement sur le long terme et valorisation de la « consommation ».
- Recherche de séparation dès que les prémices de projets de vie sont exprimées par l'autre.
- Absence totale de réciprocité dans la conduite de séduction.
- Incapacité à supporter soit la trop grande facilité d'une soumission de l'autre, soit une prise de contrôle de l'autre sur le sujet (recherche de la rupture par peur d'être objet de la rupture).
- Apaisement de la tension procurée par la conquête et valorisation de soi.
- Utilisation de la sexualité secondaire, quand elle existe (elle confirme la réussite). Elle peut aussi être absente. Les vrais séducteurs ne consomment pas leur proie !

L'exemple de Denis

Denis collectionne les partenaires dans un but narcissique ; la sexualité est secondaire, utilitaire si besoin pour avoir la partenaire. C'est un besoin permanent de plaire, d'être aimé, de séduire. Il recherche un retour positif des partenaires à son égard, dans un besoin éperdu de reconnaissance et de valorisation de lui-même. Il devient un bon amant s'il s'est senti utile à la femme…

Que recherche le dépendant affectif ?

Les moteurs de la répétition addictive font exister l'individu « au travers de », par le biais de limites artificielles créées, de sensations fortes perçues et de modèles cognitifs idéalisés. Quel que soit le résultat, le but est toujours de répéter « un peu plus de la même chose », de nourrir l'addiction, enfermant l'individu dans le cycle « toxicomaniaque » de la dépendance. Plusieurs types de besoin s'expriment et se recoupent en même temps pour la même personne (F.-X. Poudat, 2005).

- Certains vont répéter leur comportement pour *calmer une angoisse et une anxiété*. C'est ce que nous retrouvons, par exemple, dans la dépendance à partenaire fixe où la vérification permanente de la présence et de l'amour de l'autre est nécessaire pour apaiser la crainte de l'abandon. Nous la retrouvons comme mode de fonctionnement de toute confrontation insupportable à la solitude, au rejet ou au manque, « plutôt mal accompagné que seul ».

> Quand il est là, j'ai l'impression de vivre, cela m'apaise de me savoir aimer…Savoir que je peux intéresser plusieurs personnes me comble de joie et me détend pour le reste de ma journée, cela me calme pour la soirée.

• Certains vont rechercher, dans la conduite addictive, à *renforcer la fuite et l'évitement* de toute relation pour, par exemple, mieux contrôler leur angoisse de proximité, maîtriser leurs schémas affectifs idéalisés.

> Me sentir aimer me fait peur, je préfère éviter ou quitter toute relation que d'être abandonné.

• Certains vont trouver dans leurs conduites de dépendance de quoi *tester et nourrir une estime, une affirmation et une valorisation de soi*. Nous retrouvons cela, par exemple, dans la séduction compulsive et dans l'addiction à la passion.

> Réussir à me faire aimer de quelqu'un prouve que j'ai une grande valeur à mes yeux. Savoir qu'il ne peut rien faire sans moi prouve que je suis compétent… Savoir que l'autre a besoin de moi, que je lui suis utile, me fait du bien, j'existe…

• Certains trouveront dans le débordement émotionnel de quoi *expérimenter des sensations fortes, vivre un plaisir extrême*. C'est le cas par exemple des passionnés (l'excitation est incontrôlable), des séducteurs (l'excitation est contrôlée, parfois mentalisée). Les sensations ne sont pas que d'ordre sexuel dans les dépendances affectives (c'est ce qui les différencie des addictions sexuelles), elles n'en sont qu'une partie.

> C'est tellement excitant de vivre ces moments forts que cela représente pour moi une jouissance totale, c'est comme si je faisais un saut à l'élastique, c'est mieux que n'importe quelle drogue. Tout le reste n'est que secondaire. Ce moment de rencontre s'infiltre dans tout mon corps, comme s'il me pénétrait de partout…

• Certains rechercheront à *remplir un vide* que celui-ci soit *psychique et/ou physique*. Ce vide peut être représenté par une absence, un ennui, un manque, etc. Remplir pour exister, occuper son temps, son espace, ses pensées. La présence de l'autre, être aimé par l'autre, se sentir désiré, fait exister.

> C'est comme une bonne « bouffe », je me remplis complètement de lui, tout mon corps est envahi par lui, il est entièrement dans moi, je le sens jusque dans les moindres replis de ma peau… Je n'ai tellement pas confiance en moi que je serais prête à tout pour qu'il me donne un peu de lui ; un regard me suffit. Je m'en fiche qu'il me trompe, le principal est qu'il passe un peu de temps avec moi…

• Certains, dans le non-contrôle comportemental et émotionnel, trouvent de quoi *lâcher une tension physique, apaiser une contrainte, libérer une impulsivité*. La conduite addictive permet justement ce lâcher-prise, par les débordements qu'elle permet. Ce sont les verrouillages internes, psychiques et/ou les contraintes externes, environnementales, qui régulièrement débordent en une explosion compulsive, un raptus

boulimique. Il sera suivi d'un apaisement, parfois d'une culpabilité, nourrissant de nouvelles contraintes et exigences, elles-mêmes faisant le lit d'un nouveau raptus à venir.

> Ma vie est tellement lourde et compliquée que séduire est comme un hobby, cela me défoule, c'est comme un bon trip ou un jeu en ligne… Certains de mes copains font du sport, moi je drague tous les vendredis soirs, j'ai besoin de savoir que je plais, c'est ma détente, je sais que je peux passer des heures à séduire, c'est ma soirée célibataire. Quand je commence, je sais que j'en ai pour toute la nuit et je ne peux plus m'arrêter…

• Certains ont un besoin éperdu de mettre en place des systèmes addictifs pour *se faire souffrir et punir*. Leur histoire personnelle de douleur et de souffrance, de plaies passées et présentes non cicatrisées, de culpabilité impardonnable, les amène soit à éviter tout ce qui rappelle de près ou de loin leur vécu douloureux, soit à répéter, en choisissant certains partenaires, des modèles relationnels où se rejoueront sans cesse les scènes traumatiques. Répéter le fonctionnement insécure du passé renforce alors le dégoût de soi.

> Je suis tellement quelqu'un de « sale » que je ne peux que trouver des personnes qui ne me respectent pas. Je prendrais n'importe qui pour qu'il me rejette, je ne vaux pas mieux. Les autres partenaires ne sont pas faits pour moi.

Pratique clinique

Construire le lien thérapeutique

Une des spécificités de cette relation thérapeutique réside dans la mise en place d'un lien « addictif » avec le thérapeute, créant des expériences de distanciation et de proximité lors des exercices de dépendance/individuation. En outre, la lecture cognitivo-comportementale est un moyen, pour le patient, d'être actif face à son problème (plutôt que de se soumettre à « Je n'y peux rien, c'est plus fort que moi, c'est toujours trop tard »), d'observer sa manière dépendante d'être au monde (avec son cycle addictif de répétition), de prendre conscience et d'expérimenter ses capacités de changement, ses processus d'autonomisation et d'estime de soi. Il n'est pas possible de travailler avec des personnes présentant des problèmes addictifs, notamment affectifs, sans créer avec eux un amarrage de sécurité, de réassurance, de bienveillance et de soin, processus nécessaire pour permettre l'autonomisation/individuation. La prise en charge en thérapie comportementale et cognitive, par le travail dans « ici et maintenant », donnera aux patients la possibilité d'expérimenter le « possible », l'ouverture au changement, l'apprentissage d'une

certaine « consistance », en fait savoir « nager sans bouée ». Le lien de dépendance avec le thérapeute devient structurant si le thérapeute et le patient construisent judicieusement cet outil de sécurité temporaire (port d'attache pour aller explorer le monde) fait de bienveillance, d'attachement autonomisant, de prescriptions, de reformulations, de renforcements, etc. Chacun est expert : le patient dans ses plaintes et dans sa souffrance, et le thérapeute dans ses outils thérapeutiques.

Les demandes

La demande thérapeutique est un point essentiel dans la prise en charge. Il est souvent nécessaire de préciser au patient le décalage qu'il y a entre une demande de guérison (la suppression du symptôme addictif), une demande d'autocontrôle, une demande d'acceptation non douloureuse du problème, etc.

Nous distinguons les *plaintes non spécifiques* ; le patient vient pour un symptôme de décompensation psychique qui cache la réalité du problème, ce n'est que dans un second temps que le patient prendra conscience du problème sous-jacent de dépendance, notamment affective. La demande peut faire suite à un état d'angoisse plus ou moins chronique, à des crises de panique anxieuse récurrentes retrouvées dans différents domaines de la vie familiale, sociale, professionnelle, suite à des perceptions d'abandon ou de proximité forte à répétition. Un état dépressif avec parfois tentative de suicide, suite à un rejet, une rupture, des déceptions, la solitude peut être la demande première de soin ; le vécu addictif de sa relation affective sera perçu dans un second temps. Un contexte de vie « phobique » avec agoraphobie, phobie sociale, etc., nous amènera à nous intéresser à la manière phobique (évitement, exposition, immersion) d'être au monde. Enfin, d'autres troubles peuvent faire l'objet d'une première demande : ce sont les autres conduites addictives (problèmes alimentaires, drogues, alcool, achats compulsifs).

Les *plaintes spécifiques* concernent toutefois rarement les dépendances affectives en elles-mêmes, mais plus souvent soit les situations déclenchantes (crise et rupture conjugales, difficultés sexuelles, solitude dépressive, déception sentimentale, etc.), soit les conséquences de la compulsion (culpabilité, isolement social, conflits, difficultés familiales et professionnelles, etc.), soit enfin les signes du syndrome de manque insupportable qui amènera le patient en consultation. Parfois, la demande est spécifique et sans grande conviction, et concerne les demandes par obligation de soin (cela est évidemment plus fréquent dans le cadre des compulsifs sexuels) pour problèmes médico-légaux : séduction et drague auprès de mineurs, passage à l'acte intrusif sur tiers, violence conjugale, etc.

> Écrivez quels sont pour vous les avantages et les inconvénients à continuer le comportement addictif, et les avantages et les inconvénients à changer.

Schéma thérapeutique

Définition des objectifs : objectifs intermédiaires et objectif final

Paradoxalement, c'est en définissant ce que représente pour le patient la fin de la thérapie, la « guérison », la fin du problème, que nous pourrons, au mieux, construire les étapes intermédiaires pour un changement possible. Comme pour certaines addictions comportementales (jeu, sport, travail, sexe, achats, etc.), le but de la thérapie n'est pas toujours la disparition de l'objet addictif, mais plutôt de permettre un autre mode de perception du plaisir et de la relation à soi, à l'autre et à l'objet.

Faut-il supprimer toute conduite de séduction, de passion, de vérification amoureuse, d'évitement affectif en soi normale, ou plutôt permettre d'apprendre à faire la différence entre la conduite compulsive (assouvissement d'un besoin pour exister) et l'expression d'une manière affective d'être avec l'autre ? En permettant à l'individu d'entrevoir cette différence et de s'ouvrir au changement autonomisant, le problème se « consumera » peut-être tout seul. La suppression de la conduite addictive, si elle doit avoir lieu en tant que telle, n'est pas suffisante (suppression des dragues compulsives, de la consommation de partenaires, rejet du partenaire dépendant, etc.), elle doit être associée à une reconstruction d'un autre type de rapport à l'autre, sinon la rechute sera systématique. La nature ayant horreur du vide, le sujet aura tendance à reproduire ce qu'il sait faire le mieux, c'est-à-dire « faire un peu plus de la même chose ». Au final, ce qui est essentiel, comme dans toute psychothérapie, c'est de permettre au patient d'apprendre à choisir.

La fin d'une thérapie n'est donc pas toujours la suppression de toute dépendance. L'être humain étant globalement dépendant, il serait paradoxal de vouloir demander aux patients de réussir ce que le thérapeute ne serait pas capable de réussir lui-même dans sa propre existence. Le thérapeute aide le patient à comprendre qu'il peut maintenant choisir entre conserver son objet addictif (survivre grâce à son symptôme) ou vivre en s'appuyant sur ses propres capacités d'autonomie, celles qu'il a expérimentées au cours du travail de thérapie cognitive et comportementale. Alors qu'il n'avait qu'une manière de vivre sa vie avant la thérapie (le port d'attache enfermant à l'objet dépendant), il peut se fixer, comme objectif final, de choisir entre utiliser la conduite addictive et en assumer les conséquences ou la conduite autonomisante plus risquée sans objet addictif, ou du moins sans utilisation addictive de « l'objet ».

> Quels seraient, pour vous, les objectifs à atteindre vous permettant de dire que la thérapie est terminée ?
> À quoi allez-vous vous rendre compte que vos objectifs sont atteints ? Comment votre entourage s'en rendra compte ?
> Par quoi se traduirait, pour vous, au quotidien, la résolution de vos problèmes ?

Explication des techniques utilisées

Classiquement, l'analyse fonctionnelle du comportement problème permet une lecture multifactorielle de la plainte : elle est comportementale, cognitive, émotionnelle et interactionnelle ; pour chaque lecture du problème, il y aura des modalités thérapeutiques spécifiques. Le choix des exercices et des expériences à vivre se fera, au départ, en fonction du registre utilisé par le patient pour exprimer son trouble. Les « addicts » à la passion qui s'expriment par un registre essentiellement sensoriel et émotionnel débuteront leur prise en charge par des techniques émotionnelles et corporelles. Les dépendants au partenaire fixe qui opèrent des vérifications amoureuses jusqu'à la jalousie ou les séducteurs qui utilisent des « conduites de chasse » employant des registres comportementaux pour exprimer leur trouble pourront débuter leur thérapie par des exercices d'exposition ou des prescriptions de symptôme. Les séducteurs, les évitants, qui se « remplissent » de leur scénario, qui le mettent en scène mentalement avant d'agir, peuvent bénéficier dans un premier temps d'une prise en charge cognitive. Partir du registre préférentiel d'expression du patient nourrit le lien thérapeutique et crée une sécurité pour permettre au patient d'expérimenter le changement ; chaque personne utilise quasiment toujours le même registre d'expressions dans sa manière d'être au monde.

Débuter une thérapie, c'est dire au patient que le changement commence toujours par arrêter de faire ce qui ne marche pas et augmente l'échec. En clair, tout patient a tendance à répéter ce qui l'enferme dans son trouble, c'est la définition même de l'addiction. Changer, c'est donc faire autrement ; choisir une thérapie, c'est déconstruire et arrêter de faire ce qui est un échec (reproduire un comportement de séduction pour se rassurer), puis c'est construire et élaborer une autre manière d'être (autre gestion de son anxiété).

Connaissance des amarrages de sécurité durant la thérapie

Dans son quotidien le patient se sécurise soit par la répétition des cycles addictifs (compulsions), soit par leur évitement. Ce sont pour eux comme des amarrages figés, gages de survie au début de la thérapie. Nous savons que le patient ne peut pas supprimer ni même intervenir sur tout le système de dépendance et toutes les conduites addictives à la fois.

Le patient et le thérapeute devront faire des choix qui seront d'autant plus importants qu'ils assureront ou non la réussite de la thérapie. Il ne faut pas forcément choisir la conduite addictive la plus envahissante en premier. Souvent, cette conduite addictive est essentielle pour l'équilibre du patient. Il est parfois nécessaire de débuter la prise en charge par une addiction périphérique peu enracinée dans le quotidien du patient, par exemple une boulimie alimentaire dans un contexte de dépendance envahissante à l'autre. Nous pouvons aussi débuter le travail par une action sur un symptôme autre, comme un trouble sexuel, une dysharmonie conjugale ou un problème professionnel secondaire pour ce patient. Ce choix secondaire, périphérique, permet d'expérimenter les exercices et de tester la capacité de changement du patient. Travailler sur l'insécurité, l'abandon, la proximité, la vérification et le manque doit se faire de manière « homéopathique » et minimaliste. La vision magique d'une autonomie complète n'existant pas, il va falloir trouver avec le patient quelle est la part du problème acceptable, « vivable », à garder. Là encore, il est essentiel de bien définir les objectifs de fin de thérapie. Les patients sont parfois moins exigeants que les thérapeutes et acceptent une diminution réelle et franche, un changement acceptable et positif de leur problème, là où les thérapeutes font parfois preuve d'excès de « guérison ».

Analyse fonctionnelle

Toute prise en charge en thérapie comportementale et cognitive débute par une analyse fonctionnelle, modèle de référence permettant d'étudier le comportement problème dans toutes ses composantes. Nous laissons au lecteur le soin de se référer au Chapitre 6 du volume 1, « Analyse fonctionnelle ».

Étude de la plainte et du comportement problème

Afin de mieux cerner les paramètres à étudier, nous pouvons utiliser dans un premier temps les méthodes de questionnement focalisées sur le problème et sur les tentatives de solution (voir Chapitre 7 du volume 1, « Questionnement sur le problème et questionnement sur les solutions »).

- *Comportements* : nombre de partenaires potentielles dans la journée, temps entre la rencontre et le rapport sexuel, nombre de questions posées au conjoint pour vérifier ses sentiments, situations et comportements d'évitement au quotidien, distance matérielle entre l'autre et soi à partir de laquelle l'angoisse apparaît, durée moyenne de temps passé ensemble, durée moyenne des séparations quotidiennes, durée de la « chasse » par jour, rituels de « chasse », comportement de fin de « chasse », etc.

• *Cognitions* : auto-enregistrement des pensées automatiques et du discours intérieur « Je suis malheureuse toute seule, je donne mon sexe pour garder l'homme ; plutôt vivre des instants immédiats que d'attendre l'impossible ; peut-être que si j'attends je serais enfin gagnante ; un bon trip plutôt qu'un couple monotone… Avoir toujours une porte de sortie au cas où ; être seul, c'est ça la liberté ; être accompagné c'est trop risqué, il va me bouffer et je ne saurais pas dire non ; être proches, c'est étouffant, je ne respire plus… Seule la passion fait vivre, la vie quotidienne est signe de mort… J'existe si de nombreuses femmes sont attirées par moi, je suis fondamentalement un homme séduisant, la femme est un « objet » à conquérir… Je suis toute seule, personne ne pense à moi, je ne peux rien faire s'il n'est pas là ; je ferais tout ce qu'il veut, savoir qu'il respire sans moi me détruit... Être séparé, c'est être abandonné ; être aimé, c'est faire ce que l'autre veut. »
• *Émotions* : colère, jouissance, tristesse, apaisement, tension, peur, anxiété, passion, ennui, excitation, en rapport avec le système cognitif, etc.

Le cycle compulsif, répétitif, se nourrit des comportements, des cognitions et des émotions qui s'auto-entretiennent entre elles : « Plus le temps de séparation est long, plus je pense que je suis malheureuse et que personne ne m'aime, plus je suis triste et angoissée, plus je vais rechercher les moyens pour combler ce mal-être… Plus je sens mon corps envahi par ces sensations d'excitation à la vue de cette femme, plus je me dis que je peux être fier de moi, plus je vais avoir envie de poursuivre ma drague. »

Étude du cycle addictif

Le *comportement problème* s'inscrit dans une *boucle réflexe* : le cycle débute par une phase d'obsession avec focalisation sur les préoccupations addictives (fantaisie imaginative, rêverie mentale, signes physiques de manque, exposition à un stimulus discriminatif). La deuxième phase consiste à essayer de mettre en œuvre, de manière ritualisée, les moyens pour passer à l'acte ; cette phase est associée à un état d'excitation physique. La troisième phase est à proprement parlé la phase du passage à l'acte, suivie d'une quatrième phase faite d'apaisement, de culpabilité, puis de révolte envers soi-même et/ou l'autre avant de passer de nouveau à des signes de manque s'il y a une impossibilité d'effectuer le comportement.

Les *conséquences* principales de ce cycle compulsif vont nourrir la manière dépendante d'être au monde. Les conséquences donnent envie, à court terme, de reproduire le comportement (le plaisir immédiatement ressenti par la présence apaisante de l'autre), mais elles créent aussi un manque insupportable et un phénomène de tolérance qui obligent à augmenter la dose pour avoir le même effet. C'est aussi du fait des conséquences négatives sur l'environnement, qu'elles soient familiales, conjugales, professionnelles, etc., que le processus de répétition aura lieu (fuite en avant, recherche d'apaisement extérieur, besoin de plaisir

immédiat et paradoxalement recherche de conflits avec le conjoint ou rapprochement après le passage à l'acte addictif…).

Les *situations à risque* les plus fréquentes déclenchant le cycle compulsif sont des situations d'exposition qui ravivent l'angoisse d'abandon (conflit, rejet, silence, ennui, absence, vide, manque, etc.), des situations qui exacerbent une trop forte proximité (étouffement, enfermement, hypercontrôle, maîtrise, etc.), des situations qui amènent à ressentir des sensations fortes (passion, séduction, plaisir, présence totale de l'autre, etc.), la présence d'autres addictions, la pression sociale et médiatique, des situations qui mettent en avant des traits de personnalité insécures (anxio-phobiques, dépressifs, dépendants, narcissiques, obsessionnels, inhibés, etc.). L'utilisation du Questionnaire d'addiction à l'amour de Peabody (1994) et du *Self-report measurement of adult attachment* de Brennan, Clark, & Shaver (traduit en français par Lafontaine et Lussier, 2003) (voir référence en annexe), permettront au patient de s'auto-évaluer et de mieux cerner les paramètres autorenforçateurs.

> Chaque patient peut alors repérer trois principales situations à risque compulsif et se demander à combien (sur 100) il évalue sa capacité à s'abstenir du passage à l'acte s'il se retrouvait dans ces situations ces prochains jours.

Étude du contexte de fragilisation

Le travail sur l'aspect contextuel de l'addiction nous amène à nous centrer sur la dépendance comme manière d'être au monde, comme « façonnage » progressif de notre être, comme « bain » de modélisation de notre rapport à nous-mêmes et aux autres. L'étude devra prendre en compte différents niveaux d'expériences vécues et/ou imaginées, représentations de la réalité créant des modèles de fonctionnement interne propres au sujet. Les entretiens examineront plusieurs paramètres, dont celui des représentations du patient concernant sa perception de l'amour de ses parents entre eux et de l'amour de chacun de ses parents envers lui. La place dans la famille et le discours ambiant vont nourrir l'image que l'on a de soi et des autres. Il en va de même de la perception de toutes les relations affectives que le patient a vécues au cours de son chemin de vie. Les situations traumatisantes ou vécues comme telles et les conflits familiaux sont aussi à rechercher, de même que les moyens utilisés pour les « réparer ». Les contextes culturels, religieux et géographiques, les modes de vie, les habitudes sociales et les valeurs apprises par l'éducation entrent en jeu pour « façonner le bain » existentiel. Enfin, nous ne pouvons pas omettre de questionner autour de la sexualité et de sa représentation. Les contextes de vie vont ainsi construire des modèles de fonctionnement, laissant apparaître l'idée d'un lien possible entre système parental et choix de conjoint :

• des *modèles comportementaux*, manière d'être au monde, actes et attitudes *qui nous feront éviter ou rechercher la proximité, éviter ou rechercher l'abandon, se contrôler et/ou contrôler l'autre*. Nous y façonnerons plus spécifiquement aussi des modèles de fonctionnement sexuel qui nous laisserons croire que le sexe est un besoin primordial, qu'il n'y a pas de limites à la sexualité, que tout est possible si l'on veut garder l'autre ;
• des *modèles de croyance envers soi-même*, l'image que je me fais de mon rôle dans la vie : je crois que je suis fondamentalement seul ; je crois que mon bien être passe par le don de moi ; pour être heureux, il faut que tout le monde m'aime ; jamais quelqu'un ne pourra m'aimer ; je ne peux que causer du tort à autrui ; je n'ai aucun pouvoir sur moi-même ; je connais forcément mes capacités de séduction, etc. ;
• des *modèles de croyance envers l'autre*, l'image que je me fais du rôle de l'autre dans la vie : je n'existe qu'au travers de l'autre ; l'autre ne pourra jamais m'apporter ce que je désire ; c'est moi qui dirige l'autre ; plus l'autre est loin plus je le veux ; mes besoins dépendent de l'autre ; etc. ;
• des *modèles de relation*, l'*image que je me fais de la relation à l'autre* : le bien-être naît de l'absence de relation ; la fusion donne le maximum de plaisir ; seul le couple donne un sens à ma vie ; etc. ;
• des *modèles émotionnels*, *reprises narratives d'expériences sensorielles et corporelles* : tout frein à mon bien-être est dommageable à mon équilibre ; seules les sensations fortes expriment la jouissance ; mes besoins passent par mon corps ; etc.

Prise en charge thérapeutique

Classiquement, les étapes de ce processus d'individuation sont au nombre de cinq : la pédagogie, l'auto-observation, l'apprentissage du risque, l'individuation et la prévention.

Pédagogie

L'étape pédagogique est une étape à part entière dans le processus thérapeutique. Loin d'être une simple information (encore moins normative !), elle est d'abord un travail de restructuration cognitive qui peut précéder ou accompagner les autres étapes de la thérapie. Ce travail peut s'effectuer grâce à des consultations individuelles, des questionnaires, des auto-évaluations ; il peut également s'effectuer en groupe de parole ou groupe de couples. Une bibliothérapie peut aussi être proposée comme exercice interséance. Chaque fois qu'il le sera nécessaire, les patients peuvent écrire et exposer leur propre vision du problème. Les thèmes suivants seront proposés :

• le cycle addictif, les facteurs environnementaux (normes familiales, culturelles, sociales, médiatiques), les facteurs individuels (types de personnalité, troubles anxio-dépressifs, traumatismes, etc.), les facteurs liés à la dépendance affective en elle-même (facilité des rencontres, difficultés conjugales, types de choix des conjoints, excitation à l'adrénaline, situations d'isolement et de frustration, etc.), l'emprise des pensées dysfonctionnelles, des monologues intérieurs et des croyances enfermantes ;
• le rôle de la dépendance, de l'addiction et de la compulsion dans le processus de construction « faute de mieux » de l'individu, puis le passage de la survie à la vie et les processus d'attachement et d'autonomisation grâce à la notion de changement ;
• la différence entre distanciation et abandon, entre proximité et étouffement, entre évitement et autonomie, entre néant et solitude, mais aussi la peur et le pouvoir du manque, de l'absence et du vide ;
• la pédagogie de la sexualité, de la relation affective et de l'état amoureux, la notion de normal et de pathologique (séduction, consommation, plaisir, attachement, passion, etc.).

Sur une échelle visuelle, placer, entre les deux termes suivants, la perception que vous avez du problème. Le faire lors de la première consultation et toutes les cinq séances. Mettre un trait entre :

Vide	----------------------------------	Plein
Lâcher	----------------------------------	Contrôle
Absence	----------------------------------	Présence
Abandon	----------------------------------	Proximité
Inconnu	----------------------------------	Connu

Auto-observation

Comme son nom l'indique, l'auto-observation est avant tout une manière de regarder son trouble sans modifier quoi que ce soit de celui-ci. Le patient prend le juste recul nécessaire comme si « je me voyais vivre l'acte, comme si je m'étais filmé et que je me regardais à la télévision » ; dans un second temps, « je pourrais mettre en pause à tout moment, accélérer, revenir en arrière, etc. ». Cette étape est déjà thérapeutique à plus d'un titre ; le recul pris permet de ne plus être totalement dans la situation. L'injonction qui sera donnée au patient est de ne rien modifier à la situation addictive, mais de noter par écrit ce qui se passe avant le passage à l'acte, pendant et après le passage à

l'acte. Nous pouvons utiliser la triple colonne de Beck ou toute autre auto-observation construite pour le patient :

- auto-observation de la plainte : le patient notera les comportements, les émotions, les pensées, avant, pendant et après la compulsion ;
- auto-observation du cycle addictif de répétition : situations à risque, émotions, cognitions, comportements renforçateurs ;
- lister les différentes situations, comportements, systèmes de pensée ou réactions émotionnelles perçus, au quotidien, par le patient comme source d'angoisse, d'évitement, de manque (zones de fragilité du patient) ;
- trouver dix mots qui représentent ou que les patients associent à leur dépendance. Les classer en termes de comportement problème, de facteurs de déclenchement, de situations à risque de conséquences, d'émotion, de pensée, etc. ;
- choix et tri entre les « bouées » les moins nocives et les « bouées » les plus pathogènes, en termes de risque et de conséquences néfastes (à quoi le patient se raccroche pour survivre).

Avec l'auto-observation, une autre étape thérapeutique démarre, celle du changement minimaliste, le démarrage du processus d'autonomie. S'observer, c'est déjà changer ; c'est dans cette attitude de spectateur, script de lui-même, que le patient s'éloigne de son addiction. La conduite addictive étant caractérisée par un passage à l'acte immédiat, envahissant et sans contrôle, le simple fait de s'observer et d'écrire va, dans de nombreux cas, diminuer le nombre de passages à l'acte ou en tout cas modifier quelque chose dans le déroulement de celui-ci.

D'autres observations seront intéressantes : elles concernent le vécu global de dépendance, le patient ne présentant jamais qu'une conduite de dépendance dans une vie « normale », mais un mode de vie dépendant. Il aura donc à noter, dans le déroulement d'une semaine standard, les autres dépendances associées, en utilisant les critères de Goodman (1990) dont nous lui aurons donné un exemplaire. Il devra aussi noter les moments et les expériences quotidiennes où il n'aura pas été dépendant, où il se sera affirmé et eu les ressources pour réussir (que cela concerne les conduites addictives ou non), le but étant de permettre au patient de se rendre compte de sa capacité, dans certaines circonstances, à faire autrement que réutiliser sans cesse l'« objet addictif ». Enfin, un tri sera effectué au cours d'un entretien avec :

- *proposition pour préserver certaines dépendances,* le sujet ne pouvant pas lâcher toutes ses bouées de sauvetage pseudo-thérapeutiques ;
- *repérer et construire ses ports d'attache, lieux d'apaisement et de sécurité.* Nous savons bien qu'il est plus simple d'apprendre à expérimenter un changement à partir d'amarrages stables. Rechercher des sécurités

dans son quotidien, c'est se donner le droit de débuter une démarche vers l'inconnu (processus d'attachement/détachement). À tout moment, la personne addictive peut y faire référence et y retrouver l'apaisement, le « soin » nécessaire, avant de repartir à l'exploration autonomisante de sa vie. C'est parfois la présence d'une personne proche investie affectivement, mais n'entrant pas dans le système de dépendance du patient ; ce peut être la croyance dans certaines valeurs humaines, l'investissement dans des passions créatrices, dans une démarche spirituelle, dans une prise en charge thérapeutique, etc. Tout cela nous servira pour démarrer la deuxième étape, celle de la mobilisation de l'addiction et de l'apprentissage du risque.

- Jusqu'à quel point ai-je l'impression que mon problème de dépendance est résolu et sous contrôle aujourd'hui ? (0 % nullement résolu → 100 % totalement résolu)
- À quel point ai-je envie de passer à l'acte aujourd'hui ? (0 % nul → 100 % extrême)
- Jusqu'à quel point ai-je l'impression de pouvoir résister ou de pouvoir m'abstenir à mon problème de dépendance ? (0 % nullement → 100 % totalement)
- Ai-je eu des compulsions aujourd'hui ?
- Combien de temps dans ma journée ai-je passé à vivre ma dépendance ?
- Qu'est-ce que je me suis dit quand mon besoin de passer à l'acte s'est fait sentir ?
- Quelles étaient mes émotions associées ?

L'auto-observation permet au sujet de se rendre compte que la répétition maintient le problème ; comme dit Nardone (1999) : « Vous pouvez faire autrement mais sachez qu'à chaque fois que vous répétez le problème (à chaque fois que je demande de l'aide ; à chaque fois que j'évite la rencontre ; à chaque fois que je drague ; à chaque fois que je quitte mon couple pour une passion) vous aggravez votre état, pensez-y simplement. »

Apprentissage du risque : « mettre un virus dans le système »

Alors que dans la première étape d'auto-observation, nous regardions le symptôme sans modifier, *a priori*, quoi que ce soit aux paramètres observés, nous allons désormais effectuer un travail orienté sur le changement avec une technique que nous pourrions appeler « mettre un virus dans le système », dont le but sera de parasiter la conduite de dépendance. Mettre « quelque chose », un comportement, une pensée, une émotion, un paramètre environnemental pour modifier de manière minimaliste le cycle addictif « sans en avoir l'air ». Permettre de poser

un autre regard, une lecture différente, tout en poursuivant son addiction. La prescription du symptôme addictif est nécessaire, mais avec le virus dans le schème de déroulement de la conduite addictive. L'un des buts est de prendre conscience que la croyance : « C'est plus fort que moi, je n'y peux rien », est une croyance enfermante et totalitaire, ne permettant aucun changement sauf de faire « un peu plus de la même chose, c'est-à-dire la répétition de l'addiction. Durant cette étape, l'utilisation de la triple colonne de Beck est un fil conducteur ; le patient s'évaluant, il proposera des alternatives à son fonctionnement.

> Noter à chaque fois : à combien croyez-vous sur 100 dans cette alternative ?

Action comportementale

Techniques d'évitement et d'exposition

Classiquement, l'approche comportementale s'est longtemps résumée à des *techniques d'évitement des stimuli addictogènes* (arrêter de se confronter à l'objet addictif et aux situations à risque : éviter le vide, par exemple, pour un dépendant fusionnel ou éviter des situations entraînant des rencontres pour un patient évitant compulsif, etc.) ou à des *techniques d'exposition aux situations à risque avec prévention de la réponse* (se confronter de manière progressive aux stimuli addictogènes sans passage à l'acte : aller dans les lieux à risque, vivre des situations d'ennui, de vide, de manque, d'absence ou au contraire s'autoriser à parler de soi sans risque d'être envahi par l'autre, etc.). Pour cette dernière technique, l'essentiel de son efficacité, passe par une durée suffisante d'exposition à la situation (angoisse au moins diminuée de 50 %) et par une hiérarchisation des situations à risque pour ne pas s'exposer à des contextes tout de suite trop anxiogènes, donc de rechute. Pour cela, il est parfois nécessaire de débuter l'exposition par des situations addictives périphériques, donc à moindre charge émotionnelle ou avec un moindre manque subi.

Si ces deux techniques ont montré leur efficacité à court terme dans certaines addictions, elles ne peuvent être qu'une partie de la thérapie, pour la simple raison qu'isolée d'un ensemble thérapeutique, la première renforce la dépendance par évitement et la seconde peut être très anxiogène si elle n'est pas couplée à un travail sur le développement de compétences et de ressources du patient.

Prescription de symptômes : comment jouer avec mes dépendances ?

La prescription du symptôme, proche de la technique d'exposition, est une technique qui consiste à donner l'autorisation au patient d'effectuer, parfois en l'intensifiant, son comportement addictif à la seule condition qu'il le précède ou l'accompagne d'un autre comportement,

pensée, émotion, ou qu'il l'effectue dans une situation, un temps, qui va créer une contradiction dans le déroulement du schème de fonctionnement de l'addiction (une exagération ritualisée selon Nardone, 1999), donc un changement de perception de la réalité du patient. Des exemples en sont donnés ci-après.

> « À une heure précise, durant un temps déterminé, vous allez vous confronter au problème (ennui, excitation, manque, etc., en stoppant toute activité par exemple) cinq fois par jour, pendant 10 minutes à chaque fois, à des heures précises, par exemple : 9 h 22, 11 h 57, 15 h 31, 18 h 04, 20 h 42, et ce pendant 15 jours. Ces horaires sont obligatoires (ils ne correspondent évidemment pas au moment où j'aurais besoin de vérifier ma dépendance) ; au cours de cette exposition, vous devrez faire votre rituel addictif (par exemple, demander de manière répétée des preuves d'amour à son conjoint). Le but étant de s'obliger à faire un rituel à un moment programmé et non subi. »
>
> « À une heure précise, durant un temps déterminé, vous allez vous confronter à la compulsion de répétition alors que vous n'êtes pas à ce moment-là dans le besoin addictif (par exemple demander des preuves d'amour alors que vous n'êtes pas en manque ; aller draguer sans désir ; rester coller à votre conjoint durant une période donnée, etc.). »
>
> « Avant et pendant un passage à l'acte programmé (je tire au sort un jour, une heure, une situation au cours de laquelle obligatoirement je m'exposerais), écrire systématiquement ce que je ressens, ce que je pense et ce que je fais, avec obligation d'effectuer mon rituel en parallèle, (par exemple, noter par écrit mes perceptions avant un rituel de drague). »

Apprendre à gérer les moments de vide et de fragilité sans risquer la noyade

Il s'agit de rechercher avec le sujet des alternatives au comportement addictif. Il est plus facile de débuter cette technique en demandant à la personne de se rappeler les moments dans le passé où il a réussi à ne pas passer à l'acte. Ces situations sont vécues comme des ressources, des compétences que le sujet possède, où il a pu faire autrement que « un peu plus de la même chose ».

Il est intéressant aussi d'utiliser ce que nous avions travaillé plus haut concernant la liste des ports d'attache, des amarrages sources d'apaisement et de sécurité. Nous pouvons ainsi utiliser la technique d'exposition en essayant d'associer à la situation addictive un amarrage de sécurité (téléphoner à quelqu'un de proche, lire ou écrire), tout ce qui, en même temps, fait diversion et est aussi investi émotionnellement par le sujet. Nous pouvons également avec le sujet mettre en place des techniques de gestion du temps face au vide et aux absences, ou au contraire face au remplissage boulimique du temps et de l'espace.

Techniques de résolution de problèmes et actions spécifiques sur les situations à risque

Les techniques de résolution de problèmes et les actions spécifiques sur les situations à risque (conflit conjugal, jalousie maladive, évitement du contact, incapacité du contrôle des sensations, etc.) peuvent être utilisées dès cette étape ; elles ne doivent pas être uniquement une recherche de nouveaux colmatages moins pathologiques, mais servir déjà au processus d'autonomie.

Action sur les émotions

Apprentissage de la gestion des émotions et de la perception de soi

Nous avons vu plus haut que, face à des situations addictogènes vécues comme dangereuses et angoissantes, certains individus, déclenchent des réactions anxieuses liées au manque. Certains autres utilisent la réaction émotionnelle comme dans la recherche de sensations fortes afin de répéter l'addiction. Des techniques de relaxation comme la sophrologie, par exemple, emploient deux étapes qui permettent d'agir tant sur le niveau corporel, sensoriel et physiologique des émotions (technique de relaxation dynamique) que sur le niveau cognitif de l'émotion (discours, reprise narrative associés aux états physiologiques, états modifiés de conscience, etc.).

Nous ne reviendrons pas sur l'utilisation des techniques de relaxation en thérapie comportementale (Poudat, 1995, 2007). Seuls certains points sont intéressants à développer : ils sont directement opérationnels sur les facteurs de risque, sur les paramètres émotionnels et cognitifs de l'addiction et sur les facteurs de fragilisation.

La relaxation dynamique (mobilisation du corps position debout et/ou assise) permet, par le biais de la respiration abdominale et donc d'un état modifié de conscience, l'apprentissage de la gestion des émotions, l'accueil de sensations physiques différentes positives et négatives, l'expérience du « lâcher-prise » sans risque. Déjà là, le sujet peut prendre conscience de sa possibilité d'associer, au schème d'un comportement addictif, un état émotionnel qui sera contradictoire de l'état de tension dans lequel il se trouve. Il pourra aussi prendre conscience de sa capacité à survivre « sans se noyer et sans bouée ». Comme pour les états de panique anxieuse où le thérapeute prescrit une activation des signes de panique, nous pouvons aussi demander au patient de se prescrire, en les accentuant, des signes d'angoisse ou d'excitation et de les autocontrôler par relaxation.

Techniques en imagination

Les techniques en imagination (par exemple les techniques de sophronisation), très proches des techniques de restructuration cognitives en imagination, peuvent s'effectuer plus aisément dans cet état modifié.

Le travail peut s'orienter sur le *présent* (se focaliser sur des sensations négatives actuelles en pensant à une scène anxiogène actuelle source de compulsions). On demande alors au sujet soit d'accentuer artificiellement les sensations négatives (faire pire que ce qu'il ressent dans la réalité quand il est face à la situation addictive), soit de se concentrer, sur les sensations négatives de mal-être puis sur les sensations de relaxation et ainsi de suite, en répétant cet exercice autant de fois que nécessaire et en alternant les sensations négatives et les sensations de relaxation, amenant à la « consumation » des sensations négatives.

Il est possible de travailler sur le *futur* (se focaliser sur une scène à venir, source de vide ou de rencontre à risque par exemple). Nous pouvons demander d'imaginer le pire des sensations ressenties qui pourrait exister si le passage à l'acte se produisait et de l'exprimer après coup à haute voix et/ou par écrit. Le sujet devra noter les émotions ressenties et les pensées associées. Ce texte sera réutilisé dans le cadre de la restructuration cognitive. Nous pouvons *a contrario* demander au sujet de se projeter dans un futur sans problème et de décrire ce qu'il imaginerait de sa vie s'il n'avait plus de problèmes, tant sur le plan émotionnel que cognitif. Il lui sera également demandé de rédiger le texte pour le travail cognitif.

Il est enfin possible de travailler sur le *passé* (se focaliser sur une scène passée qui a été source de compulsion et de conduite addictive). Le sujet se centre sur une scène passée, récente ou très ancienne, qui lui a été difficile à vivre (passage à l'acte compulsif, état de manque, conflit, rechute, etc.). Il repère et décrit les émotions qu'il a ressenties physiquement à cette époque (angoisse d'abandon, anxiété de proximité, excitation d'exposition, etc.). Lorsqu'il se sera bien exposé à cette situation, le thérapeute lui demandera directement de se centrer sur la même scène telle qu'elle se serait passée s'il n'avait pas eu de problèmes addictifs. Il est question ici de se focaliser sur deux postures (insécure/anxieux, sécure/autonome) et sur deux modèles de fonctionnement interne (émotionnel et cognitif), prélude au travail d'individuation.

Travail cognitif sur les pensées automatiques

Nous ne reprendrons pas ici ce qui a déjà été souligné plus haut dans « Pédagogie » et dans la prise en charge thérapeutique ; nous étions déjà là dans le cadre de la restructuration cognitive. Voilà quelques exercices supplémentaires.

- *Partir d'une situation récente* (par exemple angoisse d'abandon suite à l'absence du conjoint) qui a occasionné un comportement addictif : différencier les *croyances anticipatoires* (il faut que je lui prouve qu'il n'est rien sans moi ; je n'y arriverais pas toute seule ; s'il me quitte je meurs ; etc.), les *croyances soulageantes* (quand il est là, je n'ai plus de problèmes ; j'existe dès qu'il me voit malheureuse ; il me donne tout ce que je veux quand je suis à sa merci ; il m'a dit qu'il ne me quitterait

jamais ; etc.), les *croyances permissives* (je vais l'appeler qu'une seule fois cela devrait suffire pour la journée ; on n'aime jamais trop ; cela lui fera du bien que je sois près de lui ; etc.). Ces croyances autorisent le passage à l'acte (boulimie de réassurance), puis l'apparition d'émotions paradoxales (apaisantes à court terme et angoissantes à long terme) et de pensées paradoxales (cela m'a fait du bien, mais ce n'est pas assez ; ce n'est pas tout à fait ce que j'attendais), celles-ci accentuant la dérive addictive (conflit, distanciation du conjoint, anxiété d'abandon, etc.).

• *Reprendre une situation standard*, notez les monologues intérieurs (de 0 à 100), recherchez les pensées alternatives (pensées qui aident à ne pas adopter l'addiction comme unique comportement systématique, mais à en choisir d'autres, moins dangereuses et « plus respectueuse de mes objectifs de changement ». Quelle est ma croyance (de 0 à 100) dans ces pensées alternatives ?

• *Décrire* de façon précise la dernière séquence addictive en s'aidant des colonnes suivantes :
  – Avant de commencer : situation, facteur déclenchant. Décrire comment je me sentais et ce que je me suis dit. Quel est mon degré de conviction dans cette pensée ?
  – Pendant la compulsion : situation, contexte. Décrire comment je me sentais et ce que je me suis dit. Quel est mon degré de conviction dans cette pensée ?
  – Après le passage à l'acte : décrire comment je me sentais et ce que je me suis dit. Quel est mon degré de conviction dans cette pensée ?

• *Prendre* une situation à risque identifiée par le sujet, mettre par ordre sur trois colonnes :
  – les pensées spontanées qui me donnent envie de passer à l'acte ;
  – les pensées qui me donnent un contrôle sur mon envie ;
  – qu'est-ce que je choisis de vivre (mise à l'épreuve de la réalité).

• *Scénario du pire / les capacités à faire moins pire.* Nous proposons au patient de nous centrer sur trois scénarios possibles : le scénario actuel tel qu'il se passe avec la conduite addictive, le scénario tel qu'il se passerait si la situation addictive s'empirait et le scénario tel qu'il se passerait si je n'avais plus de problème :

  1. Nous demandons au patient de rédiger par écrit le déroulement d'un schème addictif dans sa globalité, en commençant par la description de la situation à risque, les monologues intérieurs, la conduite addictive, les conséquences sur la personne et sur l'environnement
  2. Il sera demandé au patient de se concentrer sur toutes les conséquences imaginables, même les plus angoissantes qu'il puisse imaginer, tant sur le plan comportemental, cognitif qu'émotionnel (cela rappelle la technique de la flèche descendante : « Et si c'était vrai, qu'est ce que cela voudrait dire pour vous ? »), et d'écrire tout le discours interne qu'il se dit à lui-même (insécure anxieux).

> Seule, je n'existe pas ; personne ne peut m'aimer comme je le désirerais ; seule la mort ou la rencontre avec quelqu'un d'autre peut me sauver ; je suis prête à tout, même de me partager avec une autre partenaire ; etc.

1. Il sera demandé au patient de se concentrer sur toutes les conséquences qu'il puisse imaginer (scénario idéalisé) s'il n'avait plus sa dépendance tant sur le plan comportemental, cognitif qu'émotionnel. Il rédigera un scénario détaillé de ce qu'il imagine de sa vie sans ses problèmes, notamment sa manière de gérer les situations à risque et les conséquences qui s'ensuivent (sécure).

> Je sais que l'autre m'aime, même s'il n'est pas avec moi ; j'ai mes propres activités qui m'apportent beaucoup de joie ; je sais qu'il n'est pas comme moi et il ne comblera jamais toutes mes attentes ; etc.

Le patient aura en face de lui les trois scénarios. Il les lit à haute voix, en se concentrant sur chaque mot l'un après l'autre en commençant par le scénario actuel puis le scénario du pire puis le scénario sans problème. Trois occasions peuvent donner lieu à l'utilisation de cette méthode : d'une part, à chaque fois qu'il ressent le besoin de s'exposer à une situation à risque dans le réel, il fera alors cet exercice avant et après le passage à l'acte ; d'autre part, lors de techniques d'exposition programmée *in vivo* ou sous relaxation ; enfin, chez soi lors d'un exercice programmé (exemple une fois par jour pendant 30 minutes, pas plus pas moins, toujours à la même heure pendant 15 jours de suite), lecture à voix haute des trois scénarios. Le but sera de saturer par des scénarios extrêmes le scénario actuel, qui se relativisera de lui-même.

Il sera alors pour lui plus facile de finir cet exercice en construisant par écrit un quatrième scénario alternatif donc, plus réaliste et plus conforme à ce qu'il peut changer. Ce scénario ultime sera le fil conducteur de la thérapie.

• *Observer et modifier le sens des mots*. Le décryptage des mots utilisés par les patients pour définir leur conduite addictive, le lien de ces mots avec les émotions qu'ils y associent, permettent, sur le plan cognitif, de façonner une autre lecture du symptôme. Pensées :

> Je vais être abandonné… *conséquences*… je vais avoir mal (insécure).
> Je vais l'abandonner… *conséquences*… Il va avoir mal (insécure).
> Je le quitte pour que je sois moi-même… *conséquences*… j'accepte que l'autre soit peut-être mal (sécure).
> À chaque étape je me pose la question : qu'est-ce que je ressens comme émotion ? À combien je crois dans la pensée automatique et dans la pensée/conséquence ? Quels arguments pour/contre la conséquence ? Et si la conséquence était réaliste, qu'est-ce que cela signifierait pour moi ? (Et si c'était vrai que quitter fait souffrir l'autre, qu'est-ce que je risque ? Et si c'était vrai que quitter l'autre me fait grandir, qu'est-ce que je risque ?)

Individuation : enlever les « bouées » pour prendre des risques

La première partie du programme thérapeutique consistait à donner au patient la conscience sans risque qu'il peut ébranler son « système addictif », jouer un peu avec ses bouées, survivre malgré les virus, oser sans risque. Il va maintenant être question de « nager sans bouée », apprendre non plus à survivre mais à vivre. Le but de cette phase est de permettre au patient d'exister autrement que d'utiliser l'addiction comme seul mode d'existence au monde. L'individuation permet d'utiliser d'autres compétences, d'autres ressources pour exister : « vivre avec et non plus vivre au travers de ». C'est le processus d'attachement/détachement, appelé encore processus d'attachement/individuation. Cette étape demandera un travail à deux niveaux, début de la phase thérapeutique d'individuation : développer une certaine estime de soi (seul moyen de prendre conscience de son existence propre) et permettre une affirmation de soi (seul moyen d'exister et de me différencier dans mes rapports aux autres).

Travailler l'estime de soi et la perception de ses valeurs propres

• Trouver des expériences personnelles de mon histoire passée où mes comportements et mes choix m'ont permis de prendre conscience de mes ressources, de m'élever psychologiquement, de survivre à mes émotions, d'atteindre un objectif et de prendre des décisions pour mon avenir.
• Repérer les moments de compétences personnelles que je peux vivre dans mon quotidien, au cours desquels des changements ont lieu, m'apporte compliments et fierté de moi-même et, « cerise sur le gâteau », valorisation et reconnaissance d'autrui.
• Examiner mes capacités personnelles, pour éviter de faire pire face à des situations difficiles. Voilà une compétence à retenir : comment arrivons-nous à éviter d'empirer les choses ?

Faire le point sur mes capacités de changement

Faire le point sur mes capacités de changement en repérant les outils que j'utilise au quotidien pour éviter le pire et m'opposer à toute compulsion. C'est par exemple le cas de la mise en place de mes exercices de relaxation, l'auto-observation, les tentatives de résolution de problèmes face aux situations difficiles, la définition de mes objectifs pour la journée, le repérage écrit de mes ressources et de mes compétences, etc.

Prendre conscience des schémas cognitifs et des postulats de base

Prendre conscience des schémas cognitifs, des postulats de base souvent inconscients qui sous-tendent les mécanismes de dépendance à l'autre.

Ils sont au départ de tous les processus mentaux puis comportementaux de l'addiction. Nous avions vu dans un chapitre précédent qu'ils se divisaient en différents modèles de fonctionnement interne : les schémas de croyances que je me fais de moi-même et de mes besoins, ceux que je me fais de l'autre, ceux que je me fais de la relation à l'autre. Le travail de déconstruction et de reconstruction de ces postulats, passage de l'enfermement « dictatorial » souvent binaire (loi du tout ou rien, la tyrannie des « je devrais » et des « il faudrait ») à l'ouverture acceptante « peut être que » s'effectuera par une discussion sur les évidences et les alternatives, par un travail sur les avantages et les inconvénients, par la mise à l'épreuve de la réalité et enfin par l'apport pédagogique et du sens caché des mots. Il nous faut différencier, par exemple : solitude autonomisante et vide ; abandon et juste distance ; risque acceptable et effondrement de soi ; proximité et étouffement ; vivre au travers et vivre avec, etc.

Développer mon empathie dans mes rapports aux autres

Développer mon empathie face aux autres est un subtil mélange entre humilité et affirmation de soi. Il est donc essentiel d'aider à la construction d'un réseau social, affectif où chacun a une place, une valeur unique et est une exception par rapport à l'autre, au risque d'avoir (mais est-ce très risqué ?) un réseau affectif qualitatif et non quantitatif. Il est, à ce niveau de la thérapie, très pertinent de proposer aux patients de les intégrer dans un groupe d'entraînement à l'affirmation de soi et aux habiletés sociales.

Oser s'autonomiser et prendre des risques dans sa vie affective

Oser s'autonomiser et prendre des risques, c'est accepter que l'autre ne puisse pas combler tous mes vides, qu'il ne puisse apaiser tous mes manques, qu'il ne puisse répondre à tous mes besoins. C'est accepter que chacun reste fidèle à lui-même.

Mieux comprendre l'autre dans toutes ses différences

C'est un travail essentiel dans la construction d'une vraie rencontre affective autonomisante et sécure. Cette rencontre devra passer par une réflexion approfondie sur mes attentes ainsi que celles de mon partenaire. « Plus mes attentes seront comblées, plus je mettrais mon partenaire sur un piédestal duquel il ne devra pas bouger au risque de me décevoir. » Il serait préférable de définir ses propres attentes pratiques (entre attentes idéales et attentes acceptables, entre attentes vitales et attentes secondaires) et de pouvoir échanger, avec son partenaire, autour des attentes réciproques. Il est essentiel d'accepter que certaines attentes ne soient pas comblées sans en faire subir la responsabilité à l'autre. Nous devons nous rappeler que nous ne choisissons jamais le

meilleur des hommes ou la meilleure des femmes, mais plutôt le moins mauvais des hommes et la moins mauvaise des femmes, et c'est très bien comme cela !

Accepter les rechutes

C'est accepter les moments où je ne suis pas compétent, où je subis un échec, où je ne suis pas satisfait de moi, où mes émotions sont incontrôlables, où mes techniques ne sont pas efficaces, où je me laisse envahir par mes ruminations.

Prévention des rechutes

> Qu'est-ce qu'une rechute ? Avez-vous déjà vécu une rechute dans le passé ? Croyez-vous que vous êtes susceptible de vivre une rechute dans le futur ? Selon vous, quels seraient les événements, les pensées ou les situations qui risqueraient de provoquer une rechute ? Si vous faisiez une rechute, quelle serait votre réaction ? Connaissez-vous des stratégies qui pourraient vous permettre de vous relever d'une rechute ? Lesquelles ? Selon vous, comment peut-on limiter les risques de rechute ?

L'utilisation d'entretiens de suivi tous les 3 mois puis tous les 6 mois permet de maintenir avec le thérapeute un point de repère autonomisant. L'intégration des sujets dans des groupes d'entraide (*love addict group*), sur le même mode que les groupes des Alcooliques Anonymes dans l'addiction à l'alcool, a aussi une certaine efficacité ; elle donne au sujet un cadre structurant, évitant parfois des confrontations à la réalité trop douloureuses. Les groupes d'affirmation de soi, ou les groupes de thérapie corporelle, sont là aussi pour consolider les acquis.

En résumé les thèmes suivants sont à revoir systématiquement : la qualité de vie affective et sexuelle, mes attentes de l'autre, l'estime de moi et de mes valeurs propres, l'image et la représentation que j'ai de mon corps, ma capacité à prendre des risques et à les gérer, enfin la connaissance que j'ai de mes traits de caractère et personnalité enracinés dans mon histoire (dépendant, narcissique, évitant, obsessionnel, dépressif, etc.).

Conclusion

Aborder le concept, encore novateur, de la dépendance affective ou des « dépendances à l'autre », dans un ouvrage sur les thérapies comportementales et cognitives, soulève différentes questions qui seront sans doute, dans les années à venir, le sujet de nouvelles réflexions, recherches et propositions thérapeutiques. Nous avons ainsi proposé une définition des dépendances affectives, une classification comportementale des addictions, une réflexion théorique selon le modèle de la

théorie de l'attachement et des programmes thérapeutiques. Tous ces points sont actuellement en cours de validation et font l'objet de projets de recherche à Nantes. Malgré tout, quels que soient les résultats des recherches, il sera essentiel pour tout thérapeute en thérapie comportementale dans le domaine des addictions affectives de ne jamais oublier, avant de débuter l'analyse fonctionnelle, que :

- nous avons tous peur du vide et de l'insécurité ;
- nous créons tous des stratégies de défense et de protection pour survivre ;
- nous sommes tous des dépendants, accrochés à de multiples amarrages plus ou moins pathologiques, nécessaires à notre survie ;
- nous pouvons tous nous libérer de ces attaches répétitives et contraignantes ;
- il est parfois plus difficile et plus angoissant de s'autonomiser que de garder son mal-être ;
- nous avons tous des ressources potentielles à développer pour nous détacher ;
- le changement apporte de nouveaux avantages et de nouveaux inconvénients ;
- nous créons d'autant moins de souffrance que nous utilisons des ports d'attache (thérapie, relation affective, couple, spiritualité, croyances, etc.) comme « camp de base et camp intermédiaire » de notre exploration angoissante mais épanouissante du monde.

Pour en savoir plus

Chemla, S. (2004). *La passion est-elle une addiction ?* Thèse de médecine, Paris.
Corcos, M., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Paris : Masson.
Cungi, C. (2000). *Faire face aux dépendances*. Paris : Retz.
Cyrulnick, B. (1989). *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette.
Cyrulnick, B. (1993). *Les Nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob.
Girard, A. (1988). *Le Choix du conjoint*. Paris : PUF.
Halpern, H.M. (2003). *Choisir qui on aime. De la dépendance à l'autonomie*. Québec : Le Jour Éditeur.
Vincent, J.D. (1986). *Biologie des passions*. Paris : Odile Jacob.
Vincent, J.D. (2003). *Le Cœur des autres*. Paris : Odile Jacob.
Vincent, L. (2004). *Comment devient-on amoureux ?*. Paris : Odile Jacob.

Références

Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-measurement of adult attachment : an integrative overview. In J.A. Simpson, & W.S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York : Guilford Press.

Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive behavior ? *Psychiatric Annals*, *22*, p. 320–325.

Goodman, A. (1990). Addiction : définition and implication. *British Journal of Addiction*, *85*, p. 1403–1408.

Lafontaine, M.F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *35*, p. 56–60.

Miljkovitch, R. (2010). *Les fondations du lien amoureux*. Paris : PUF.

Nardone, G. (1999). Psychosolutions, comment résoudre rapidement les problèmes humains complexes. Le Bouscat : L'Esprit du temps.

Peabody, S. (1994). *Addiction to love, overcoming obsession and dependency in relationship*. Berkeley : Celestial Arts. (Traduction en français par J. Adès & M. Lejoyeux.(2001), in *Encore plus, jeu, sexe, travail, argent*. Paris : Odile Jacob.).

Poudat, F.X. (1995). Abord cognitif et comportemental. In J.L. Venisse, M. Reynaud, & M. Rousseau (Eds), *Conduites de dépendance du sujet jeune* (pp. 157–179). Paris : ESF Éditeur.

Poudat, F.X. (2005). *La Dépendance amoureuse*. Paris : Odile Jacob.

Poudat, F.X. (2007). La dépendance affective et les addictions sexuelles. In P. Lopès, & F.X. Poudat (Eds), *Manuel de sexologie* (pp. 276–287). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Conclusion

François-Xavier Poudat

Lorsqu'il m'a été demandé de rédiger un ouvrage sur la prise en charge comportementale et cognitive des troubles sexuels et des dysharmonies conjugales, il n'était pas question, pour moi, de reprendre uniquement les grands classiques des protocoles de TCC en sexologie déjà cités dans de précédents livres, mais d'essayer de proposer une relecture comportementale et cognitive des troubles sexuels et conjugaux. Il m'a paru alors évident que cet ouvrage ne pouvait s'écrire qu'en collaboration avec d'autres thérapeutes et experts. Proposer ce projet fut très stimulant, et les auteurs, qui ont partagé ce travail avec moi, ont fait un travail remarquable, je les en remercie vivement.

En quoi cet ouvrage apporte un plus dans la panoplie des livres de TCC en sexologie ? S'il est vrai que les ouvrages de sexologie comportementale ne sont pas très nombreux, la présence d'auteurs francophones, face à l'importance des écrits anglo-saxons, dans un même ouvrage de TCC en sexologie et en thérapie de couple a rendu le challenge innovant et stimulant par le croisement des idées, des modes de lecture des troubles et des outils thérapeutiques proposés. Les lecteurs ont pu, au fil des chapitres, s'apercevoir que la prise en compte des principes comportementaux et cognitifs s'était enrichie de regards nouveaux ou « revisités » (contextualisme, constructivisme, solutionnisme, etc.) ce qui, sur le plan théorique, pourrait s'apparenter à un changement plus profond qu'il n'y paraît. Même si ce n'est qu'un début, cette ouverture est intéressante pour certaines stratégies thérapeutiques qui vont au-delà de la suppression symptomatique du symptôme même si, dans certains cas, celle-ci peut suffire au « bonheur » des patients.

Nous avons posé des ponts entre les TCC classiques et la « troisième vague », notamment par la reconnaissance et l'acceptation des émotions. Des ponts ont aussi été réalisés entre les stratégies d'apprentissage ou de restructuration cognitive (centrées sur le contrôle ou la

suppression du problème) et les thérapies du changement (centrées sur l'expérience, le contexte, l'acceptation, la reconstruction, l'utilisation du paradoxe, la recherche des ressources, etc.).

Il nous a semblé intéressant, à côté des grands classiques TCC (technique d'exposition progressive au stress de l'échec, désensibilisation systématique d'un comportement anxio-phobique, resensibilisation corporelle par le *sensate focus* ou par l'autostimulation, prescription médicamenteuse, bibliothérapie, etc.), d'apporter une réflexion plus enrichissante concernant les plaintes sexuelles ou conjugales. Cela a été souligné par le questionnement orienté vers les solutions et par l'observation contextuelle de la plainte différenciant l'expérience émotionnelle du discours intellectuel. Ainsi, le changement façonné par le patient, le client ou le couple, ira au-delà de la suppression du symptôme ; le travail, qui a été proposé au lecteur dans les dysharmonies conjugales, a été pour cela exemplaire. Il en a été de même pour les problématiques sexuelles abordées dans cet ouvrage où l'objectif thérapeutique décrit était plus orienté vers la possibilité donnée au patient de construire, par des expériences thérapeutiques, une sexualité « acceptable » et épanouissante que d'apprendre « mécaniquement » à faire autrement.

La méthodologie a été centrale dans ce travail ; là aussi, il nous a paru pertinent d'aller au-delà de la simple méthode de repérage et de modification des comportements et pensées erronées, pour aller vers l'utilisation d'outils qui donneront au patient l'occasion d'expérimenter les liens entre le discours, les émotions et le ressenti sans que le thérapeute n'émette la moindre suggestion sur ce qui serait satisfaisant ou pas pour le patient (intérêt des techniques de sophro-hypnose, hypnose éricksonnienne, EMDR, acceptation, pleine conscience, etc.).

D'autres techniques ont montré leur intérêt et concernent spécifiquement les comportements sexuels et conjugaux, là encore le patient s'expose, expérimente et façonne une autre manière d'être au monde dans sa sexualité et dans son couple : travail sur les cinq sens, travail sur l'imagerie mentale et sur l'imaginaire érotique, prise en charge en jeu de rôle, etc.

Enfin, des thèmes assez nouveaux ont pu être abordés avec ces cadres de lecture dans ce second volume : sexualité des aînés, sexualité et cancer, trauma et troubles sexuels, dépendances et compulsions, etc.

Il est sûr que l'ouverture à la réflexion abordée dans cet ouvrage n'est qu'un début, plein de balbutiements, avec sûrement plus de questions que de réponses ; elle est déjà, et le sera encore plus pour l'avenir, source de recherches pour les spécialistes et source de progrès pour les patients. Le progrès, en matière de sexualité, couple et TCC, ne signifie pas la mise en place d'une sexualité parfaite et efficace dirigée par le thérapeute, mais la construction par le patient et le couple lui-même d'une sexualité et d'une conjugalité acceptables où l'apaisement de la

souffrance est l'objectif premier, où le patient découvre au décours de la thérapie que sa demande première n'est pas toujours la plainte réelle, où la normalité sexuelle est faite de pannes et de succès, de douleurs et de plaisirs, de peines et de joies, de risques et de répétitions, de progrès minimalistes et de changements possibles. Les TCC sont des outils comme d'autres, qui proposent ainsi aux patients et aux couples d'oser expérimenter autrement leur sexualité, détachés de l'enfermement cognitif et émotionnel de l'échec. Le processus d'autonomie dans la sexualité et dans le couple, loin de se vivre comme une consommation supplémentaire de techniques sexuelles et conjugales normatives et quantitatives, doit, à plus ou moins long terme, intégrer une recherche globale de qualité de vie.

Il est important que le mouvement TCC, riche de spécialistes, dans le domaine de la sexualité et du couple et ouverts aux nouvelles théories et pratiques cliniques, continue à débattre de ses recherches. Cette tentative de contribution à la recherche actuelle enrichira, nous l'espérons, le champ de la connaissance et apportera aux thérapeutes les outils nécessaires à une aide plus efficace face à la souffrance et à la quête d'une meilleure qualité de vie des clients et patients. Ce volume 2, associé au volume 1, apporteront sans doute aussi leur lot de nouvelles interrogations et de nouvelles discussions qui, nous l'espérons, enrichiront le débat.

Annexe : questionnaires

Questionnaires sur la sexualité

Questionnaire sur l'excitation sexuelle (*Sexual Excitation Questionnaire*)

Hoon, Hoon, & Wincze, 1976 (traduit en français par Trudel, Campbell, & Daigle, 1982). Il contient une liste de 28 activités sexuelles. Pour chacune d'entre elles, la femme doit indiquer son degré d'excitation.
Hoon, E.F., Hoon, P.W, & Wincze, J.P. (1976). An inventory for the measurement of female sexual arousability : the SAI. *Archives of Sexual Behavior*, *5*, 291-300.

Questionnaire d'histoire sexuelle (*Sexual History Form*)

Schover, Friedman, Weiler, Heiman & LoPiccolo, 1982 (traduit en français par Trudel, 1986). Il mesure le fonctionnement sexuel associées à divers aspects tels que la fréquence des relations sexuelles, la masturbation, le désir sexuel et la capacité à atteindre l'orgasme.
Schover, L.R., Friedman, J.M., Weiler, S.J., Heyman, J.R., & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions : an alternative to DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 614-619.

Questionnaire sur les pensées négatives durant les rapports sexuels (*Negative Thoughts During Sex*)

Beck, 1988 (traduit en français par Ravart, Trudel, & Turgeon, 1993). Il mesure la fréquence de pensées négatives lors des relations sexuelles sur quatre sous-échelles : inquiétudes face à soi, inquiétudes face à l'autre, pensées de type « je dois » et « il faut ».
Beck, A.T. (1988). *Love is never enough*. New York : Harper and Row.

Échelles conjugales

Échelle d'ajustement dyadique (*Dyadic Adjustment Scale*)

Spanier, 1976 (traduit en français par Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986). Elle mesure l'ajustement conjugal sur quatre sous-échelles associées à : consensus, cohésion, satisfaction et affection.
Spanier, K. (1976). Dyadic Adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, *38*, 27-37.

Inventaire des croyances relationnelles (*Relationship Belief Inventory*)

Eidelson & Epstein, 1981 (traduit en français par Ravart, Trudel, & Turgeon, 1993). Il mesure les croyances face au partenaire et face à la relation de couple sur cinq sous-échelles associées à : désaccords destructifs, lecture de pensées, absence de changement, perfectionnisme sexuel et rigidité des rôles sexuels.
Eidelson, R.J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship : development of a measure of dysfunctional relationship belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 715-720.

Échelle Kansas de la satisfaction conjugale (*Kansas Marital Satisfaction Scale*)

Schumm, W.R., Paff-Bergen, L.A., Hatch, R.C., Obiorah, F.C., Meens, L.D., & Bugaighis, M.A. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, *48*, 381-387.
Le *Journal of Marriage and the Family* est publié par le National Council on Family Relations, dont voici les coordonnées :
National Council on Family Relations
1201 West River Parkway. Suite 200. Minneapolis, MN 55454
Phone : 763-781-9331
FAX : 763-781-9348
Email : info@ncfr.org
Website : www.ncfr.org
Traducteurs francophones : Stéphane Migneault, Jean-Marie Boisvert et Julie Adam.

La traduction française est un document inédit, qui apparaît dans le mémoire de maîtrise de Stéphane Migneault : Migneault, S. (2001). *Validation de l'Échelle Kansas de la satisfaction conjugale*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec.

Questionnaire sur les difficultés vécues par les couples de familles recomposées

Auteurs : Madeleine Beaudry, Claudine Parent, Marie-Christine Saint-Jacques, Stéphane Guay et Jean-Marie Boisvert (2001). Validation of a questionnaire to assess the difficulties of couples in step-families. *Journal of Divorce and Remarriage*, *35*, 155-172.

Questionnaires sur les dépendances affectives

Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA)

Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self measurement of adult attachment : An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York : Guilford Press.
Lafontaine, M.F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *35*, 56-60.

Inventaire de dépendance affective interpersonnelle (IDI)

De Hirschfeld et al. (1977).
Traduit et validé par Loas, G., Borgne, J.Y., Gérard, P., & Delahousse, J. (1993). Évaluation de la dépendance affective : étude de validation de l'inventaire de dépendance interpersonnelle de Hirschfeld et al. (IDI). *Annales Médico-Psychologiques*, *7*, 151.

Questionnaire d'addiction à l'amour

Reproduction d'après Susan Peabody dans l'ouvrage *Encore plus !* de Jean Adès et Michel Lejoyeux.
Peabody, S. (1994). *Addiction to love, overcoming obsession and dependency in relationship*. Berkeley: Celestial Arts. (Traduction en français par J. Adès & M. Lejoyeux (2001), in *Encore plus, jeu, sexe, travail, argent*. Paris : Odile Jacob.)

Questionnaires addictions sexuelles

Questions to Identify Patients with Compulsive Sexual Behavior

Adresse : Dr. Coleman Eli, PhD, Program in Human Sexuality, suite 180, 1300 South 2nd Street, Minneapolis, MN 55454
Traduction française personnelle.
Référence : Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior ? *Psychiatric Annals*, 22, 6.

The Sexual Addiction Screening Test (SAST)

Adresse :
- Patrick Carnes, PhD, Sexual Disorders Services, The Meadows, 1655N. Tegner Street, Wickenburg, AZ 85390.
- Jennifer P. Schneider, MD, PhD, 1500 N Wilmot, Suite B-250, Tucson, AZ 85712.

Traduction française personnelle.
In How to recognize the signs of sexual addiction. J.P. Schneider, MD, PhD vol. 90, n° 6, November 1, 1991. *Post Graduate Medecine, Sexual Addiction*.
Référence : Carnes P. Out of the shadows : understanding sexual addiction. Minneapolis : CompCare Publishers, 1983.

The Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI)

Référence : Miner, M.H., Coleman, E., Center, B.A., et al. (2007), Archive of Sexual Behavior, 36, 579-587.

Index

Sexualité, couple et TCC _ Les difficultés conjugales